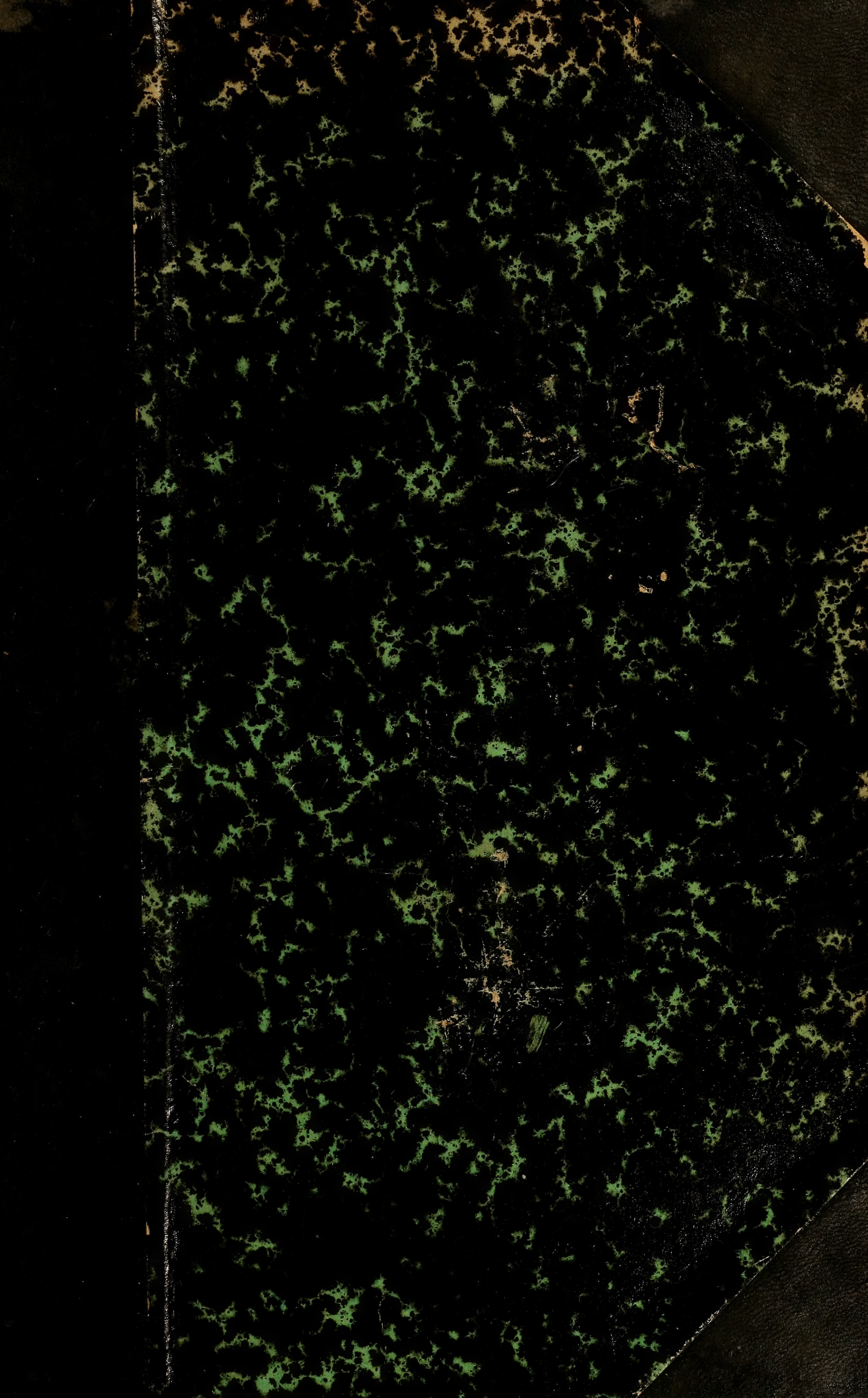
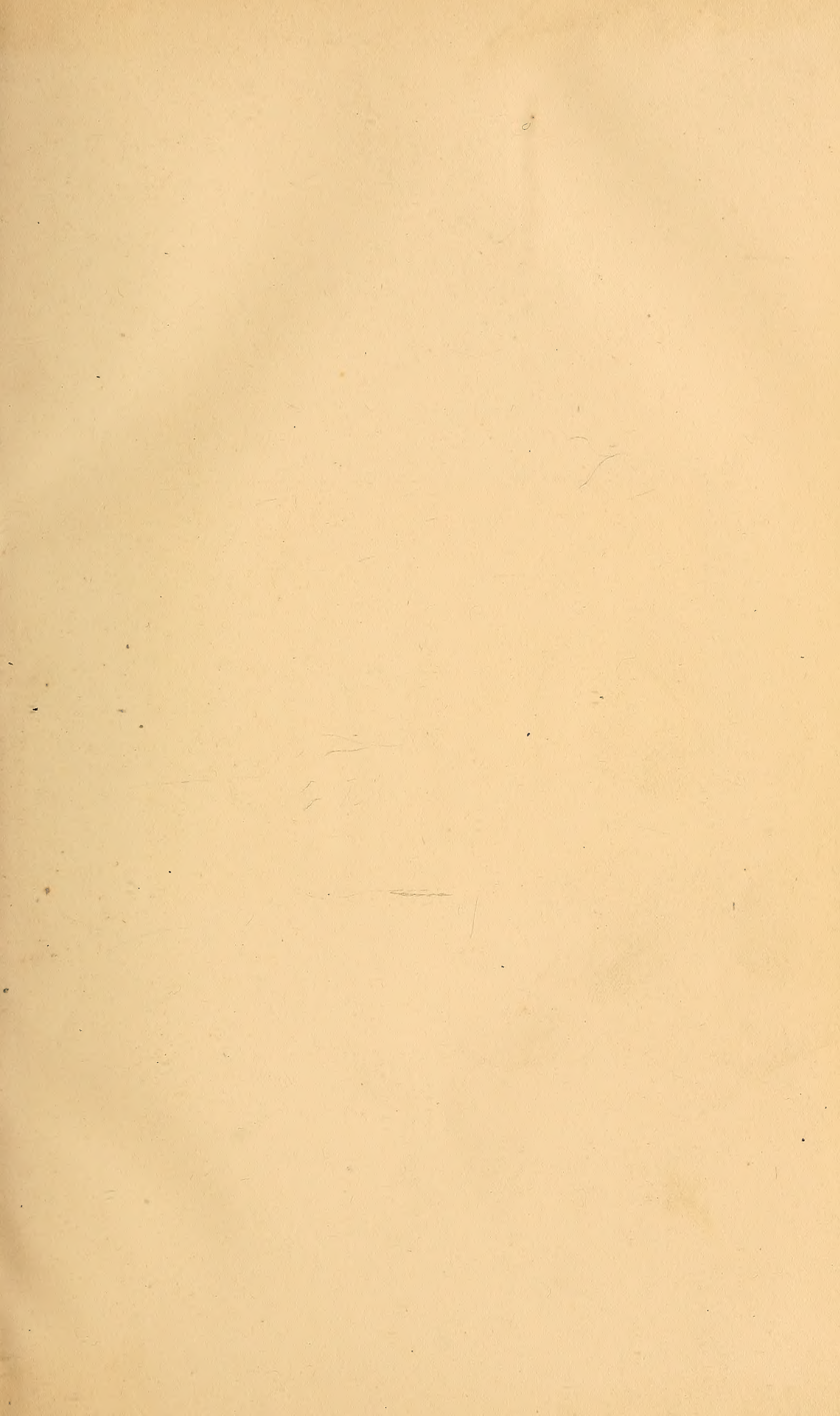
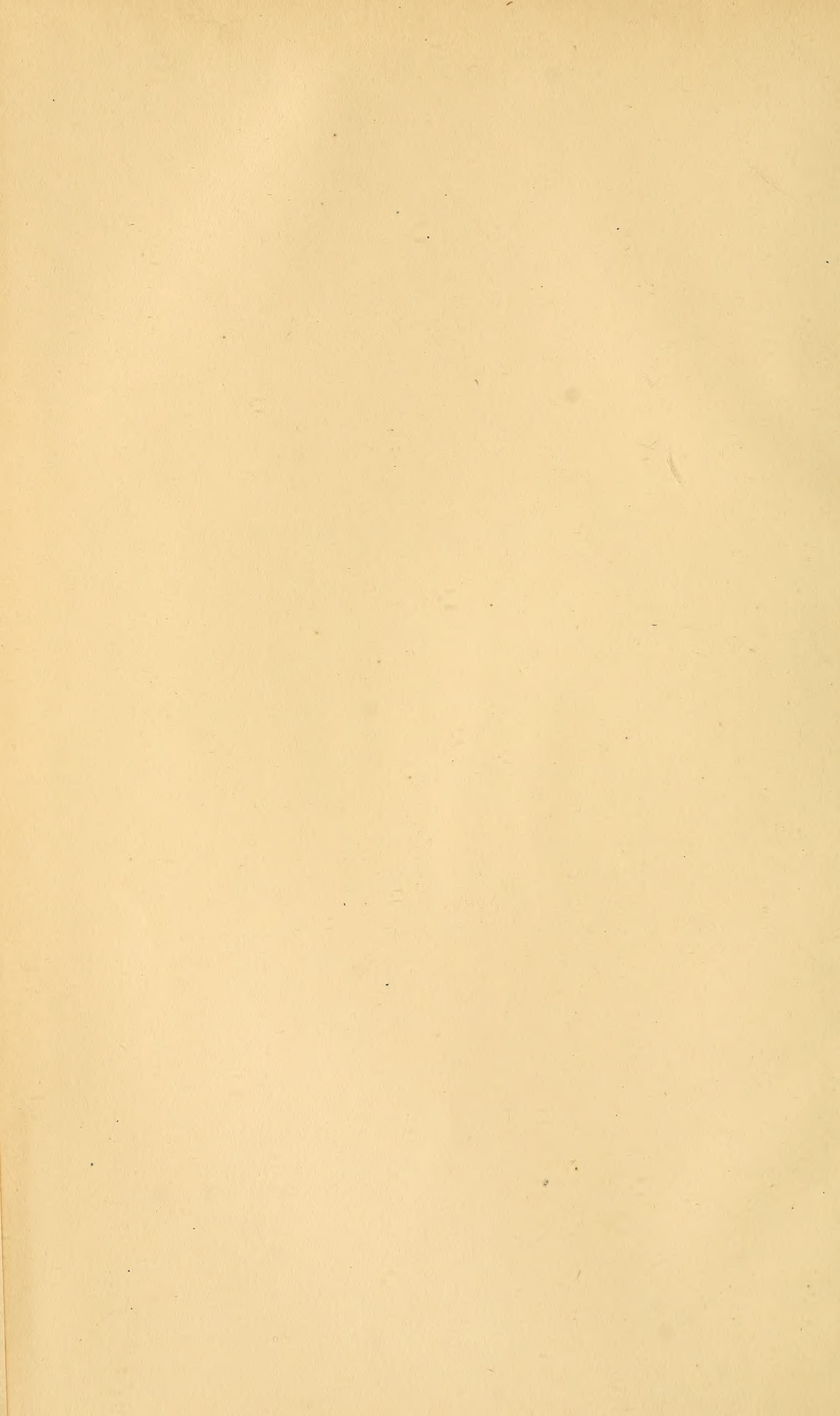


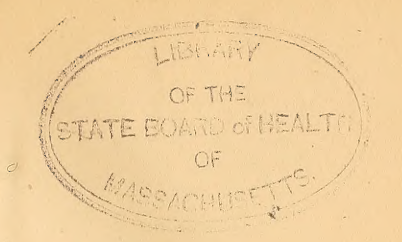








Care of sick




# HANDBUCH

DER

# KRANKENVERSORGUNG

UND

# KRANKENPFLEGE

HERAUSGEGEBEN

VON

Dr. **GEORG LIEBE**, Dr. **PAUL JACOBSOHN**, Prof. Dr. **GEORGE MEYER.**

ZWEITER BAND.

**ERSTE ABTHEILUNG.**

BERLIN 1902.
VERLAG VON AUGUST HIRSCHWALD.
NW. UNTER DEN LINDEN 68.

P

# Inhalts-Verzeichniss.

## II. Band.

### Erste Abtheilung.

# ERSTE ABTHEILUNG.

# I. Offene Krankenpflege.

## 1. Fürsorge auf dem Gebiete des Krankencomforts.

Von

Dr. **Paul Jacobsohn,**

Lehrer an der Pflegerinnenschule des jüdischen Krankenhauses in Berlin.

(Mit Abbildungen.)

### 1. Die Bedeutung des Krankencomforts für die Krankenbehandlung.

Es kann kein Zweifel darüber sein, dass sich die gesammte Krankenfürsorge und Krankenpflege gegenwärtig sowohl bei uns in Deutschland, als auch in den anderen Staaten in sehr erfreulichem Aufschwung befindet, welcher sich in erster Linie in dem von allen Seiten mit Eifer und Erfolg in Angriff genommenen Ausbau ihrer verschiedenartigen Hilfsmittel äussert. Nachdem sich die moderne Krankenpflege in mannigfacher Beziehung ganz andersartige und viel weitergehende Aufgaben gestellt hat als diejenige früherer Zeiten, ist es nur eine natürliche Consequenz, dass man heutzutage auf eine reichere Ausgestaltung und Vervollkommnung der zur Erfüllung der erweiterten Aufgaben nöthigen Hilfsmittel besonderen Werth legt. Es ist noch nicht allzu lange her, dass man allgemein glaubte, in ausreichender Weise für die Kranken gesorgt zu haben, wenn man ihnen Unterkunft und Nahrung in bescheidenster Form gewährte und alles Heil von der Einnahme der verordneten Arznei oder der Vornahme eines operativen Eingriffs erhoffte. Insbesondere herrschten lange Zeit hindurch diese unzulänglichen Anschauungen auf dem Gebiete der von Staat und Gemeinde getragenen öffentlichen Krankenversorgung. Erst dem Ende unseres Jahrhunderts war es vorbehalten, hierin in durchgreifender Weise Wandel zu schaffen und eine zutreffendere Erkenntniss der Bedürfnisse kranker Menschen zu gewinnen.

Fragen wir uns nun, welchen Umständen wir insbesondere das kräftige Emporblühen der Krankenpflege in der Gegenwart zu verdanken haben, so ist hierauf zu antworten, dass der grösste und nachhaltigste Einfluss auf die Gestaltung der modernen Krankenfürsorge durch den Entwickelungsgang ausgeübt worden ist, den die wissenschaftliche Medicin unserer Tage genommen hat. Wenn auch unumwunden anerkannt werden muss, dass die umfassende Verbreitung menschenfreundlicher Gesinnungen und humanitärer Bethätigung, welche geradezu als ein hervorstechender Charakterzug unserer Zeit angesehen werden muss, sehr erheblich dazu beigetragen hat, das Interesse für die Krankenfürsorge zu steigern und die Aufmerksamkeit weiterer Kreise diesem Gebiete zuzuwenden, und wenn auch dankbar hervorgehoben werden soll, dass die öffentlichen Behörden mit hervorragender Bereitwilligkeit und Freigebigkeit, mit eindringendem Verständniss und rastlosem Eifer die Einrichtungen der Krankenpflege nach Kräften gefördert und gebessert haben, so muss doch constatirt werden, dass den Fortschritten und Leistungen der wissenschaftlichen Medizin in erster Linie das Verdienst gebührt, das Fundament zu dem stolzen Bau der modernen Krankenfürsorge gelegt zu haben.

Vor allem sind es zwei ganz verschiedenartige Momente in dem Entwickelungsgange der medicinischen Wissenschaft gewesen, welche der schnellen Entfaltung der Krankenpflege besonders förderlich waren, ein mehr positives und ein mehr negatives. Das erstere liegt in dem Emporblühen und den Erfolgen der öffentlichen Gesundheitspflege und in dem Umstande begründet, dass auf der Basis der fundamentalen Entdeckungen auf bacteriologischem Gebiet und des siegreichen Vordringens der antiseptischen Methode ganz neue Anschauungen über Wesen und Verhütung vieler häufiger Erkrankungen verbreitet wurden, welche auch auf die Gestaltung und Handhabung der Krankenfürsorge eine bedeutsame Einwirkung äussern mussten. Die Erkenntniss, dass die Erhaltung der Gesundheit an die Voraussetzung einer streng hygienischen Lebensweise geknüpft sei, musste auch mit Nothwendigkeit dazu führen, dass man den Lebensverhältnissen bereits erkrankter Personen erhöhte Beachtung zuwendete und sich bemühte, dieselben den Fortschritten der Wissenschaft entsprechend umzugestalten und zu verbessern. Der zweite bedeutungsvolle Umstand, der hier in Frage kommt, ist in den relativen Misserfolgen und unzureichenden Leistungen der rein medicamentösen Therapie zu erblicken, infolge deren sich die Aerzte gezwungen sahen, mit verschärftem Auge nach neuen Heilfaktoren nicht medicamentöser Natur auszuspähen. Ihre erhöhte Aufmerksamkeit richtete sich auf das Gebiet der Diätetik und der Krankenpflege, um aus demselben neue Waffen zur Ueberwindung der verschiedenen Erkrankungen zu schmieden, gegen welche sich die bisherigen therapeutischen Bestrebungen nicht wirksam genug erwiesen hatten. So erlangten aus zwei verschiedenen wissenschaftlichen Gesichtspunkten heraus die Bemühungen eine gewichtige Unterstützung, welche darauf

abzielten, die Lebensverhältnisse kranker Menschen nach allen Richtungen hin möglichst günstig und der Genesung vortheilhaft zu gestalten. In der Gewinnung der Einsicht, dass man in Zukunft sich nicht damit begnügen dürfe, gegen „das Kranke am Menschen" vorzugehen, sondern dass man auf den „kranken Menschen" in seiner Gesammtheit, auf sein Verhalten zu seiner Umgebung und das Verhalten seiner Umgebung zu ihm eine weitgehende Rücksicht nehmen müsse, liegt der gewaltige und folgenreiche therapeutische Fortschritt, liegt auch die wissenschaftliche Begründung für den gegenwärtigen Aufschwung der Krankenpflege und den von ärztlicher Seite neuerdings mit besonderem Eifer betriebenen Ausbau ihrer Hilfsmittel.

E. v. Leyden gebührt unstreitig das Verdienst die therapeutische Bedeutung eines vollendeteren Krankencomforts und einer vortrefflichen Krankenwartung in ihrem vollen Umfange erkannt und auf sie hingewiesen zu haben. In seinem bekannten Vortrage „Ueber Specialkrankenhäuser (nebst Bemerkungen über Kost und Comfort für die Kranken)" aus dem Jahre 1890 entwickelte er eingehend die Nothwendigkeit und Berechtigung der Forderung eines höheren Maasses von Comfort und einer verbesserten Abwartung für unsere Kranken und zwar sowohl für diejenigen unter ihnen, welche in ihrer eigenen Behausung krank darniederliegen, als auch insbesondere für diejenigen Kranken, welche, der häuslichen Pflege ermangelnd, in öffentlichen Krankenanstalten untergebracht werden. In Bezug auf den Krankencomfort sagt er: „Der Comfort hat den Zweck, dem Kranken seinen Zustand möglichst zu erleichtern. Damit wird nicht nur einem Mitgefühl Ausdruck gegeben, sondern dieser Gesichtspunkt ist ein sehr wesentlich therapeutischer. Der Kranke hat in der Regel von seiner Krankheit so viel zu leiden und so viel Unbequemlichkeiten zu ertragen, dass er nach andern Richtungen hin möglichste Bequemlichkeit und Erleichterung beanspruchen muss. Er wird durch seine Krankheit so empfindlich, so reizbar, so kleinlich, dass er nicht mehr im Stande ist, Entbehrungen oder selbst Unbequemlichkeiten zu ertragen, die ihm sonst im gesunden Zustand mit Leichtigkeit alle Tage auferlegt werden. Annehmlichkeiten, wie sie zum Comfort gehören, sind geeignet, die Kraft und den Muth des Ertragens in dem Patienten zu stützen, seine Hoffnung zu erhalten, seine Geduld und seine Widerstandsfähigkeit wesentlich zu erhöhen. Es ist noch ein anderer Gesichtspunkt, den ich sehr schön ausgedrückt finde in dem Berichte aus dem Ventnor Hospital for Consumption, welches, wie mir scheint, unter den Hospitälern, über die ich mich zu unterrichten im Stande war, den grössten Grad von Vollkommenheit erreicht hat. Nachdem die einzelnen Einrichtungen besprochen sind, heisst es in diesem Berichte: „Sowohl im Freien, als auch in den Zimmern ist alles gethan, um das Gemüth des Kranken zu erheitern und die niederdrückenden Gedanken zu verbannen, welche so oft die ärztliche Behandlung erschweren". In diesem Satz, den ich sehr schön und würdig ausgedrückt finde, liegt die Bedeutung desjenigen, was wir

unter Comfort verstehen wollen, und der Ausdruck dafür, dass hierin eine wesentliche Unterstützung für den Erfolg der ärztlichen Behandlung gegeben ist". In der That liegt in den citirten Worten eine sehr deutliche und vortreffliche Definition des therapeutischen Begriffes „Krankencomfort"; es gehört eben hierhin Alles, was irgend dazu dienen kann, die Bequemlichkeit und Behaglichkeit des kranken Individuums zu fördern und damit seine Resistenzfähigkeit zu unterstützen. Angeregt durch diese Ausführungen veröffentlichte M. Mendelsohn, welcher seither mit hervorragender Consequenz und Energie für die Förderung des Krankencomforts und seinen Werth in der Krankenbehandlung eingetreten ist, noch in demselben Jahre eine durch ihre fesselnde Darstellung ausgezeichnete Abhandlung über „den Comfort des Kranken", in welcher sich der Verfasser bemühte, die Umrisse des Krankencomforts etwas eingehender zu skizziren und die Aufmerksamkeit der ärztlichen Kreise in umfangreicherem Maasse auf diesen wichtigen Zweig der heutigen Krankenpflege hinzulenken, indem er nicht nur die hervorragende praktische Bedeutung des Krankencomforts darlegte, sondern auch hervorhob, dass, wie die gesammte Krankenpflege überhaupt, so auch diejenige Summe ihrer Hilfsmittel, welche sich unter dem Begriffe des Krankencomforts zusammenfassen lässt, sich einer weiteren wissenschaftlichen Betrachtung, Bearbeitung und Ausgestaltung durchaus bedürftig und zugänglich erweisen müsste. In der That haben die letzten Jahre bereits in mannigfacher Hinsicht gezeigt, mit wie grosser Berechtigung von der Möglichkeit einer wissenschaftlichen Basirung der Krankenpflege und ihrer Hilfsmittel gesprochen werden konnte; die wichtigsten neueren Schriften über dieses Gebiet (vergl. besonders M. Mendelsohn: Die Krankenpflege. Hypurgie. 1898) zeichnen sich in augenfälliger Weise sowohl dadurch aus, dass denselben viel weitergehende Gesichtspunkte zu Grunde liegen als den früheren Behandlungen des Gegenstandes, als auch dadurch, dass die Art der Darstellung, was Anordnung und Verwerthung des Stoffes anlangt, mit Nothwendigkeit erkennen lässt, dass die Krankenpflege nunmehr berufen ist, in die Reihe der Disciplinen der wissenschaftlichen Medicin als gleichberechtigte Schwester einzutreten und als solche allgemeine Anerkennung zu finden. In der wissenschaftlichen Therapie tritt sie an die Seite der physikalisch-diätetischen Heilmethoden, deren weiterer wissenschaftlicher Ausbau neuerdings so erfolgreich in Angriff genommen worden ist, und deren einen Sonderzweig sie gewissermassen bildet. Allerdings müssen die exacten Grundlagen für das wissenschaftliche System der Krankenpflege, in erster Linie die klinisch-experimentellen Feststellungen über die Wirkungsweise der verschiedenartigen Hilfsmittel der Krankenpflege noch in den meisten Punkten sehr erheblich ergänzt und erweitert werden, was nur durch langdauernde, mühevolle, methodisch durchgeführte Detailarbeit wird erreicht werden können.

Die heutige Krankenpflege und Krankenfürsorge stellt sich somit die

Aufgabe den Kranken in jeder Beziehung unter die der Genesung denkbar günstigsten äusseren Bedingungen zu versetzen und zwar während der ganzen Dauer der Erkrankung. Dieser Aufgabe kann sie aber nur genügen, wenn es ihr gelingt das gesammte Milieu, in welchem sich der Kranke befindet, von dem Augenblicke an, wo er erkrankt, bis zu dem Augenblicke, wo er wieder als gesund betrachtet werden darf, so zu beeinflussen und umzuschaffen, dass von demselben nur günstige Einwirkungen auf den Kranken ausgehen können. Die gesammte Umgebung des Kranken, sowohl die unbelebte als die belebte, muss diesem therapeutischen Regime der Krankenpflege unterworfen werden; sie muss in jeder Beziehung bewusst so modificirt und gestaltet werden, dass dem Kranken stets das erreichbar höchste Maass an Annehmlichkeit dargeboten wird. Hieraus ergiebt sich die Folgerung, dass alle Objekte und alle Personen, welche mit dem kranken Individuum in Beziehung oder Berührung treten, der Beurtheilung und bewussten Beeinflussung vom Standpunkte der wissenschaftlichen Krankenpflege aus unterliegen. Während der gesunde Mensch die Fähigkeit und zugleich die Verpflichtung hat, sich im wechselseitigen Kampf ums Dasein ja auch dazu gezwungen sieht auf seine Umgebung eine weitgehende Rücksicht zu nehmen, erwächst, wenn es sich um die Fürsorge für kranke Menschen handelt, dem Gesunden, dessen Obhut der Kranke anvertraut ist, also in erster Linie dem Arzte, die Pflicht, die gesammte Umgebung des Kranken so einzurichten und auszuwählen, dass auf den Kranken in jeder Beziehung die weitest gehende Rücksicht genommen wird. Von seinem Geschick, seinem Takte, seiner Erfahrung wird es schliesslich abhängen, die Anforderungen der Krankenpflege mit den gegebenen materiellen Verhältnissen in Uebereinstimmung zu bringen, die Hilfsmittel der Krankenpflege in geeigneter Weise auszuwählen und ihre Verwendung zweckentsprechend zu regeln.

Um dieser Pflicht genügen zu können, ist es aber nothwendig, dass der Arzt die verschiedenartigen Hilfsmittel, über welche die heutige Krankenpflege verfügt, in ausreichender Weise kennt, dass er sich mit ihrer Beschaffenheit, der Art und Weise ihrer Beschaffung, sowie mit der Art ihrer Verwendung am Krankenbette aufs genaueste vertraut macht. Alsdann wird er nicht nur in der Lage sein, seinen Kranken in nachhaltigerer Weise und mit grösserem Erfolge hilfreich zur Seite zu stehen, sondern er wird auch das Vertrauen des Kranken, der erkennt, dass der Arzt weiss, was ihm nützt und wohlthut, zu seiner Person und die Hoffnung auf Genesung erheblich verstärken. (Vergl. v. Leyden, Der Comfort des Kranken als Heilfactor. Zeitschr. f. Krankenpfl. April 1898).

Wir wollen nun im Folgenden zunächst diejenigen Hilfsmittel der Krankenpflege im Zusammenhange zu betrachten und zu schildern versuchen, deren Verwendung in der Krankenbehandlung sich im grossen Ganzen mit der zweckmässigen Regelung und Gestaltung der unbelebten Um-

gebung des Kranken deckt. Wir können die Summe dieser Hilfsmittel in zutreffender Weise als den „Krankencomfort im engeren Sinne“ bezeichnen, umsomehr als man ja mit dem Ausdruck „Comfort“ von jeher den Gedanken an Einrichtungen und Annehmlichkeiten materieller Natur zu verbinden gewöhnt ist. Die Regelung und Gestaltung der belebten Umgebung des Kranken nach ärztlich-wissenschaftlichen Gesichtspunkten, welche die Fragen der personellen Krankenwartung umfasst, wollen wir hingegen in einem ferneren Capitel dieses Werkes einer eingehenderen Besprechung und Darlegung unterziehen.

Die Adaptirung der unbelebten Umgebung des Kranken an die besonderen Verhältnisse des Letzteren, an den Ausnahmezustand des Krankseins, die Beschaffung eines hinreichenden materiellen Comforts gehört heutzutage zu den unumgänglichen Pflichten des Arztes. Er muss die ihm zur Verfügung stehenden gegenständlichen Vorkehrungen und Zurüstungen, die technischen Hilfsmittel des Krankencomforts nicht nur genau kennen, um sie dann nach seinem Ermessen entsprechend den Erfordernissen des Einzelfalles zur Anwendung zu bringen, sondern er hat auch in erheblichem Maasse die Aufgabe an der weiteren Vervollkommnung und Ausgestaltung des Krankencomforts thätig mitzuwirken. Diese letztere Aufgabe ist für die Aerzte eine ziemlich neue. Gleichwohl erscheint der Arzt dazu berufen, dem ferneren Ausbau der materiellen Einrichtungen des Krankencomforts und den Fortschritten auf diesem Gebiete eingehende Beachtung zu schenken und auch nach dieser mehr technischen Richtung hin sich Anregung und Initiative vorzubehalten. Wollten sich die Aerzte dieser Aufgabe auch fernerhin entziehen oder ihre Bedeutung unterschätzen, so würden sie sich damit der Möglichkeit einer sehr wirksamen Bereicherung ihrer therapeutischen Leistungsfähigkeit begeben. Man sollte doch meinen, dass Niemand so gut und so eingehend die Bedürfnisse Kranker überhaupt und die Erfordernisse einzelner Erkrankungsfälle im Besondern kennt und zu würdigen weiss, wie eben der Arzt. Gleichwohl ist die Zumuthung einer erhöhten Aufmerksamkeit für die Fortschritte des Krankencomforts erst in letzter Zeit an die Aerzte eindringlicher herangetreten, und sie beginnen erst in geringem Umfange sich aktiv an der Vervollkommnung desselben zu betheiligen. Hielt man es doch vor nicht gar langer Zeit sogar eines wissenschaftlichen Arztes fast unwürdig, sich mit der Einrichtung und Verbesserung von Krankenbetten, Krankenwagen, Krankenstühlen etc. zu befassen, indem man irrigerweise glaubte, diese Thätigkeit sei allein dem Techniker anheim zu geben und ausschliesslich seinem Ermessen zu überlassen. Man übersah dabei natürlich ganz, dass der Techniker wohl in der Lage ist, die in Frage kommenden materiellen Hilfsmittel der Krankenpflege aus den verschiedenen Rohmaterialien in geeigneter Weise herzustellen, dass er jedoch nicht mit den Bedürfnissen der Kranken genügend vertraut ist, um die Angaben und Direktiven des Arztes entbehren zu können. Nur der Arzt ist im Stande, alle die kleinen Rücksichten in

Erwägung zu ziehen, welche bei der Schaffung von zweckentsprechenden Einrichtungen und Vorkehrungen auf dem Gebiete des Krankencomforts in Frage kommen. Andrerseits können dem wissenschaftlich gut vorgebildeten Arzte technische Kenntnisse sehr zu statten kommen. Wenn er die Rohmaterialien kennt, aus welchen die wichtigsten Bestandtheile des Krankencomforts hergestellt werden, wenn er über ihre physikalischen Eigenschaften, ihre Gewinnung, ihre Verarbeitung, ihr Verhalten in antiseptischer Hinsicht einigermaassen orientirt ist, so wird ihm diese Kenntniss bei der Vervollkommnung des Krankencomforts wesentliche Dienste leisten und seine Fähigkeiten Neues und möglichst Zweckmässiges auf dem in Rede stehenden Gebiete zu schaffen sehr erhöhen. Jedoch erst durch die ihm allein gleichzeitig mögliche sorgfältige Beobachtung am Krankenbette und durch eingehendes Studium der Bedürfnisse des kranken Körpers wird der Arzt dahin geführt, dem Kranken in wünschenswerther Weise und in ausgiebigem Maasse Behaglichkeit und Erleichterung der Beschwerden darbieten zu können. Aber so wenig der Techniker auf dem Gebiete des Krankencomforts heute der thatkräftigen Mitwirkung des Arztes entrathen kann, ebenso wenig ist natürlich dem Arzte die Hilfe eines guten Technikers entbehrlich. Die zutreffende und zweckentsprechende Auswahl geeigneter Rohstoffe, die Prüfung ihrer Güte, die oft schwierige und maschinelle Einrichtungen erfordernde weitere Verarbeitung derselben setzt eine grosse und eingehende technische Schulung und Erfahrung, häufig auch nicht unerhebliche Fachkenntnisse in der Mechanik und Kinematik voraus, welche dem Arzte in den meisten Fällen fehlen. Hieraus ergiebt sich also die Consequenz, dass auf dem Gebiete des Krankencomforts das Erspriesslichste und Vollkommenste nur geleistet werden kann, wenn der Arzt und der Techniker sich zu gemeinsamer Arbeit vereinen und einander mit ihrem Rath, ihren Kenntnissen und Fähigkeiten unterstützen. Gerade der Thatsache, dass die Aerzte es bisher fast gänzlich verabsäumten, selbstthätig an der Vervollkommnung des Krankencomforts mitzuarbeiten, und dass sie es, die Bedeutung der Sache verkennend, in früherer Zeit unter ihrer Würde hielten, sich um die weitere Ausgestaltung der materiellen und technischen Hilfsmittel der Krankenpflege eingehender zu kümmern, ist es in hohem Maasse zuzuschreiben, dass das Niveau des Krankencomforts lange Zeit hindurch ein relativ niedriges sowohl in den öffentlichen Hospitälern als auch in der häuslichen Krankenpflege geblieben ist.

## 2. Zur geschichtlichen Entwickelung des Krankencomforts.

Werfen wir einen Gesammtblick auf die geschichtliche Entwickelung des Krankencomforts, so nehmen wir wahr, dass dieselbe nur ausserordentlich langsam von Statten gegangen ist. Diese Thatsache wird um so leichter verständlich, wenn man erwägt, dass ein jeder Comfort, auch der

für gesunde Menschen bestimmte, ja doch immer der Ausdruck einer weit vorgeschrittenen Cultur ist, während umgekehrt eine weitgehende Bedürfnisslosigkeit in gewissem Sinne auf einen Mangel an Cultur hindeutet (v. Leyden). Dies gilt auch für den Krankencomfort in vollem Maasse. Erst spät, wenn Wissenschaft und Technik weit fortgeschritten sind, reichen sie sich die Hand, um vervollkommnete und verfeinerte Leistungen hervorzubringen. Die ersten Uranfänge des Krankencomforts aber reichen bis in die ferne Vorzeit zurück. Schon die alten Culturvölker kannten und verwendeten einige einfache Utensilien für die Krankenpflege. Im wesentlichen waren es rundliche Behältnisse aus Thon, welche zur Aufnahme der menschlichen Excrete dienten. Auch metallene Katheter (Ausgrabungen in Pompeji und neuerdings in Baden bei Zürich) wurden bereits im Alterthum vielfach verwendet, um den erschwerten Urinabfluss bei den Kranken zu erleichtern. Desgleichen ist der Gebrauch der Schröpfköpfe, welche ursprünglich aus Bronce oder Silber hergestellt wurden, ein sehr alter. Von Umschlägen, Pflastern, Salben zur Linderung der Schmerzen wurde bei den alten Völkern ein ausgiebiger Gebrauch gemacht. Warmwasser- und Oelbäder wurden zur Erfrischung und Erquickung Kranker häufig angewendet. Wunden wurden mit mildem Oel oder auch Wein verbunden. Clystiere und Darmzäpfchen wurden schon von den alten Aegyptern verabreicht, um dem Kranken die Defäcation zu erleichtern (Papyrus Ebers). Bei den alten Indern wurde zu den Clystieren ein Geräth benutzt, das aus einem Lederbeutel oder der Blase eines Rindes, Schweines bestand, in welche ein kurzes Rohr aus Silber, Gold, Kupfer oder Elfenbein eingebunden war (Susruta, Ayurveda, Buch IV). In ähnlicher Weise wurden die Eingiessungen in den Darm auch lange Zeit hindurch bei den Griechen und Römern, ja auch noch bis ins XVIII. Jahrhundert hinein bewerkstelligt.

Bezüglich der Entwickelung des Krankencomforts in Hospitälern sei erwähnt, dass in Indien bereits im VI. Jahrhundert v. Chr. nach Einführung der buddhistischen Religion ganz gut eingerichtete Krankenhäuser ins Leben gerufen wurden, die von Staatswegen mit Aerzten, Arzneimittelniederlagen und Nahrungsmitteln ausgestattet wurden (vgl. Gurlt, Geschichte der Chirurgie S. 66; Dietrich, dieses Handbuch. Band I. S. 1). In wie weit in ihnen für den Comfort der Kranken im Einzelnen Sorge getragen wurde, ist nicht überliefert. Auch von Hospitälern der Griechen und Römer ist wenig bekannt; eigentliche öffentliche Krankenhäuser besassen sie wohl kaum. Was die griechischen Krankentempel (Asclepiaiai) anlangt, so boten dieselben Manches für den Comfort der in ihnen untergebrachten Fremden dar, was auch heute noch vom Standpunkt der Krankenhauspflege als durchaus wünschenswerth erscheint. Sie waren von Baumpflanzungen und schattigen Hainen, mit Wandelgängen und Ruhesitzen, umgeben, denen, da sie vorwiegend aus Nadelbäumen (Fichten), Cypressen, Lorbeerbäumen, Myrthensträuchern bestanden, ein würziger, kräftigender Duft entströmte. Im Tempelinnern wurden zeitweise Räucherungen mit

wohlriechenden Kräutern und Hölzern vorgenommen. Auch an heilsamen Bädern und erfrischenden Quellen fehlte es innerhalb des Tempelbezirks nicht. Diese Krankentempel waren jedoch keineswegs Hospitäler im jetzigen Wortsinne. Auch bei den Römern ist von öffentlichen Krankenhäusern kaum etwas bekannt. Die reichen römischen Grundbesitzer hielten sich auf ihren Landsitzen besondere Krankenwohnungen (Valetudinaria), in welchen sie ihre erkrankten Sclaven verpflegten. Ueber die innere Ausstattung dieser Krankenräume wissen wir jedoch nichts Näheres. Dagegen ist vor ganz kurzer Zeit in der Nähe von Zürich ein vollständiges altrömisches Militärhospital ausgegraben worden; aus dieser Thatsache, sowie besonders auch aus den zahlreichen dort gemachten Funden geht hervor, dass die Krankenpflegetechnik der Römer doch erheblich weiter fortgeschritten war, als man bisher annahm. In Bezug auf den Krankencomfort sind besonders interessant die aufgefundenen Katheter, Salbentöpfe, Henkelschalen zum Einnehmen und die Maassgefässe für Arzneien mit der Inschrift: „Ein halbes und ein ganzes Pulver". Eigentliche öffentliche Krankenhäuser für Kranke und Sieche aller Art und aller Stände, welche in grösserem Umfange zur kunstgerechten Heilung und Wiederherstellung der in sie aufgenommenen Kranken errichtet wurden, scheinen indessen erst viel später entstanden zu sein. Im Zusammenhange damit steht die Thatsache, dass wir lange Zeit hindurch keine Spuren von dem Stande des Krankencomforts verfolgen können; indess ist die Entwickelung dieses Gebietes wohl bis in das spätere Mittelalter hinein eine ziemlich unbedeutende geblieben. Erst die grossartig angelegten Hospitäler des Morgenlandes lassen eine höhere Stufe des Krankencomforts erkennen. Besonders berühmt war das grosse mansurische Krankenhaus in El-Cahira, welches 1283 mit grosser Pracht gegründet und zu dessen Unterhalt jährlich fast eine Million Dirhem zur Verfügung gestellt wurde. Kranke der höchsten wie der geringsten Stände fanden in ihm Aufnahme; männliche und weibliche „Bettmacher" waren zur Bedienung der Kranken bestimmt, diesen selbst jede Bequemlichkeit dargeboten. Jede Gruppe von Kranken bekam einen besonderen Raum. Vier mit Springbrunnen versehene Säle waren für die an Fiebern Leidenden bestimmt; ein Hof für die Augenkranken, einer für die Verwundeten, einer für die, welche am Durchfall litten, einer für Frauen. Für die Reconvalescenten waren besondere Räume vorhanden (Haeser, Geschichte christlicher Krankenpflege. Berlin 1857). Auch im Abendlande, besonders in Frankreich und Italien, später auch in Deutschland wurden im XII. und XIII. Jahrhundert zahlreiche grössere Krankenanstalten ins Leben gerufen, die von geistlichen Krankenpflegeorden verwaltet wurden. Die Mitglieder dieser geistlichen Orden gründeten aber nicht nur die Hospitäler, sondern sie übten auch dauernd in ihnen praktische Krankenpflege aus. In demselben Grade, in dem nun die personelle Krankenwartung eine gleichmässigere und geordnetere dadurch wurde, dass die Mitglieder zahlreicher Orden und Genossenschaften (vgl. Dietrich, Geschichtl. Entwickelung der

Krankenpflege. Dieses Handbuch. Band I) sich berufsmässig der Pflege ihrer siechen und kranken Mitmenschen werkthätig widmeten, vollzog sich allmälig eine gewisse fortschreitende Vervollkommnung auch auf dem Gebiete des Krankencomforts, insofern man im Laufe der Zeit lernte, dem Kranken und auch sich selbst die Handreichungen, welche nothwendig waren, in besonders geschickter Weise sowie unter Zuziehung geeigneter, besonderer technischer Einrichtungen zu erleichtern und nach und nach die Vorstellung gewann, dass die Bedürfnisse kranker Personen stets auch einen verhältnissmässig erheblichen materiellen Aufwand allein für die Zwecke der Krankenwartung bedingen. So finden wir in den folgenden Jahrhunderten, besonders seit der Reformation, bei den barmherzigen Brüdern und Schwestern, eine bedeutende Leistungsfähigkeit auf dem Gebiete der Krankenpflegetechnik und eine sehr eingehende und sorgfältige Fürsorge für den Comfort der Kranken. Diese fand auch an vielen Orten ihren Ausdruck darin, dass seitens der begüterteren frommen Ordensgenossenschaften bei der Einrichtung der für die Pflege der Kranken bestimmten Hospitäler insbesondere auch auf ihre Ausschmückung und Ausstattung Bedacht genomman und den Kranken Annehmlichkeiten aller Art dargeboten wurden. Besonders in Spanien und Frankreich wurden durch die barmherzigen Brüder und Schwestern im XVI. und XVII. Jahrhundert zahlreiche reich ausgestattete Hospitäler ins Leben gerufen, welche selbst höheren Anforderungen an den Krankencomfort entsprachen. Den Schilderungen aus jener Zeit entnehmen wir, dass viele dieser Krankenhäuser blumen- und schattenreicher Gärten, kunstvoller Wasserkünste und Bildwerke, weiter luftiger Hallen und Säulengänge und anderer Annehmlichkeiten nicht ermangelten, welche wesentlich dazu beitragen, das geistige und körperliche Wohlbefinden der Insassen zu erhöhen und ihnen das Ertragen der durch die Krankheit veranlassten Leiden zu erleichtern. Aus den Abbildungen, die aus jener Zeit stammen, ersehen wir, dass damals schon eine Anzahl einfacherer Geräthe, speciell für die Zwecke der Krankenpflege geschaffen, in Gebrauch waren, so z. B. Stechbecken, Speinäpfe, Nachtlampen, Urinflaschen, Krankenstühle verschiedener Form, welche in ihrem Aussehen den heute gebräuchlichen Utensilien nahe stehen. Die Gegenstände des damaligen Krankencomforts waren meist aus Thon, Kupfer oder Holz hergestellt; die hölzernen Geräte wurden gewöhnlich von dem Tischler gefertigt, der für das betreffende Hospital den übrigen Bedarf an Hausgeräthen und die Krankenbetten, welche damals und noch lange nachher gleichfalls ausschliesslich aus Holz gebaut und stets mit einem Betthimmel versehen waren, lieferte.

Die beiden folgenden Abbildungen: „Blick in ein Krankenhaus des XVII. Jahrhunderts“ sind genaue Reproductionen von Kupfertafeln aus dem seltenen Werke: „Kurtze und Grund-Historien von dem Anfang und Ursprung der Gott geweihten Ordens Und Kloster-Jungfrauen. Augspurg 1692. Zu finden bey Daniel Steudner. Druckts Antonius

Nepperschmid“. Sie geben ein sehr anschauliches Bild von dem Stande des damaligen Krankencomforts. Die Aufschlüsse, welche die dargestellten Krankenhausscenen in Bezug auf die Ausstattung und Einrichtung der Krankenräume bieten, sind nicht nur von medicinischem, sondern auch von culturgeschichtlichem Interesse. Die zweite Abbildung bezieht sich im Besonderen auf die chirurgische Krankenpflegetechnik.

Fig. 1.




Blick in ein Krankenhaus des XVII. Jahrhunderts.

Je mehr im Laufe der Zeit die frommen Krankenpflege-Vereinigungen an Zahl und Ausdehnung gewannen, je mehr Erfahrungen und gute Beobachtungen am Krankenbette allmälig gesammelt wurden, um so besser und zweckmässiger gestaltete sich naturgemäss die Handhabung der Krankenfürsorge überhaupt. Dadurch, dass sich immer neue Indi-

viduen und Personengruppen die praktische Ausübung der Krankenpflege zu ihrem eigentlichen Lebensberuf auserkoren, wurde immer aufs Neue Gelegenheit und Veranlassung geboten, Handreichungen und Hilfeleistungen, die dem Kranken seinen Zustand erleichtern könnten, zu ersinnen und auch entsprechend den besonderen Verhältnissen und Bedürfnissen der einzelnen Kranken weitere technische Vorkehrungen und Vorrichtun-

Fig. 2.



Mulier Infirmis Ministrans

Blick in ein Krankenhaus des XVII. Jahrhunderts.

gen am Krankenbett oder im Krankenzimmer zu erdenken, durch deren Einführung man glaubte, dem Kranken irgend welchen Nutzen zu stiften. So kam es, dass mit der Hebung des Niveaus der personellen Krankenwartung auch eine Vervollkommnung des Krankencomforts Hand in Hand ging. Jedoch schritt die allmälige, weitere Ausgestaltung der materiellen Hilfsmittel der Krankenpflege nur sehr langsam vorwärts; es waren

hauptsächlich nur die allereinfachsten und primitivsten technischen Einrichtungen, welche in den vergangenen Jahrhunderten für die speciellen Zwecke der Krankenpflege ins Werk gesetzt wurden. Im wesentlichen bildeten den damaligen Krankencomfort derartige materielle Zurüstungen, welche aus leicht zu beschaffenden Objecten des Hausraths zusammengestellt wurden und deren kunstgerechte Herstellung und Anwendung am Krankenbette sich grösstentheils durch mündliche Ueberlieferung und Belehrung von Person zu Person fortpflanzte. Der Krankencomfort beschränkte sich lange Zeit hindurch, abgesehen von der Verwendung der schon oben erwähnten einfacheren Geräthe, fast ausschliesslich auf den Rahmen dessen, was wir heute als die Improvisationstechnik in der Krankenpflege zu bezeichnen pflegen. Alle complicirter gebauten und direkt, was Form und Bestandtheile anlangt, für die Zwecke der Krankenpflege und ausschliesslich für diese geschaffenen Apparate und Geräthe fehlten bis gegen das Ende des vorigen Jahrhunderts hin fast gänzlich. Ja, es ist sogar eine bemerkenswerthe Thatsache, dass die Fürsorge auf dem Gebiete des Krankencomforts, insofern sich uns dieselbe in der Art der Einrichtung und Ausstattung der zur Zeit vorhandenen Krankenanstalten am Treffendsten wiederspiegelt, und die Fortschritte der gesammten Krankenpflegetechnik sich besonders seit der Mitte des 17. Jahrhunderts und seit dem 30jährigen Kriege in einem Zustande dauernder Stagnation befanden. Weder bei den Behörden noch bei den damaligen Aerzten herrschte während der ersten zwei Drittel des 18. Jahrhunderts ein regeres Inseresse dafür, die Krankenpflege und insbesondere das Krankenhauswesen zu fördern und auf eine höhere Stufe zu heben. Ausschliesslich in den Klöstern und geistlichen Hospitälern erhielt sich die Krankenfürsorge und die Krankenpflegetechnik auf anerkennenswerther Höhe. Die Folge davon war, dass an manchen Orten sich ein direkter Verfall in Bezug auf den Kankencomfort bemerkbar machte, dessen Niveau stellenweise sogar weit unter dasjenige früherer Zeiten herabsank.

Die Hospitäler der Städte glichen vielfach mit ihren kahlen, schmucklosen Mauern und den kleinen, das Sonnenlicht fernhaltenden Fenstern düstern Gefängnissen, in welchen die Kranken in grossen, jeder Annehmlichkeit entbehrenden Krankensälen mit 50—100 Betten zusammengepfercht wurden und oft selbst der nöthigsten Wartung und Pflege ermangelten. Von einer den Kranken wohlthuenden Umgebung der Hospitäler mit Gartenanlagen, Baumpflanzungen, Springbrunnen, Säulenhallen zum Spazierengehen, wie sie schon im 15. und 16. Jahrhundert einzelne kirchliche Orden bei ihren Spitälern eingerichtet hatten, war damals in den grösseren Krankenanstalten der Städte keine Rede, ebensowenig von einer den Bedürfnissen des Krankencomforts entsprechenden, freundlicheren inneren Ausstattung der Krankenräume. Diesen unerfreulichen Zuständen wurde erst in den letzten Jahrzehnten des vorigen Jahrhunderts wirksam entgegengetreten und zwar insbesondere von Seiten einiger hervorragender Aerzte, welche erkannten, dass die überaus

grosse Krankheitsmortalität in beträchtlichem Maasse auf die gänzlich unzureichende Fürsorge für Krankencomfort und Krankenwartung zurückzuführen sei. Besonders bekannt ist der Bericht der Pariser Academie vom Jahre 1877, in welcher die unhaltbaren Verhältnisse des damaligen Hospitalwesens eingehend dargelegt und eine Reihe zweckmässiger Reformen auf diesem Gebiete erfolgreich in Vorschlag gebracht wurden (v. Leyden: Ueber Specialkrankenhäuser, nebst Bemerkungen über Kost und Comfort der Kranken. Vortrag i. d. deutschen Gesellsch. f. öffentl. Gesundheitspflege vom 31. März 1890). Auch in einer Anzahl von deutschen Städten, meist im Anschluss an die Universitäten und medicinischen Schulen, wurde von Seiten erfahrener Aerzte eine reichere Ausstattung der Hospitäler und die Beschaffung eines besseren Krankenpflegepersonals eindringlich betont. Besondere Verdienste in dieser Hinsicht erwarb sich der Münchener Universitätsprofessor C. Strack (Sermo academicus de custodia aegrorum. Frankfurt a. M. 1779), welcher in seiner academischen Rede „über die Krankenwartung“ die wesentlichsten Aufgaben der Krankenpflege entwickelte. Diese mit Eifer durchgeführten Bestrebungen hatten denn auch die Consequenz, dass sich gegen die Wende des Jahrhunderts ein gewisser Aufschwung auf dem Gebiete der Krankenpflege bemerkbar machte. Die Umgebung der Krankenhäuser wurde freundlicher gestaltet, die Bettenzahl in den Krankenzimmern wurde auf 20—30 herabgesetzt, man bemühte sich die materiellen und technischen Einrichtungen des Krankencomforts zeitgemäss zu verbessern und ein zahlreicheres, besser vorgebildetes Wartepersonal zu gewinnen. Gleichzeitig gestatteten die allgemeinen Fortschritte der Naturwissenschaften und der Technik eine allmälig zunehmende Vervollkommnung der eigens den Zwecken des Krankencomforts dienenden Hilfsmittel. Einigen, schon eine gutgeordnete, systematische Anweisung für Berufspfleger darbietenden Lehrbüchern jener Zeit (Unzer: Von der Wartung der Kranken, 1769; Franz May, ausserordentl. Lehrer der Arzneiwissenschaft auf der hohen Schule zu Heidelberg: Unterricht für Krankenwärter. Mannheim 1784; J. G. Pfähler. Unterricht für Personen, welche Kranke warten. Riga 1793) entnehmen wir interessante Aufschlüsse über den Umfang und das Niveau des Krankencomforts vor mehr als 100 Jahren. Wir beobachten in diesen Schriften das sichtliche Fortschritten in den für die Kranken- und Hospitalhygiene grundlegenden Anschauungen. Bei aller Einfachheit in den Vorschriften und empfohlenen Massnahmen begegnet man doch schon den meisten Forderungen, welche heutigen Tages an den Comfort der Kranken gestellt werden. Die Sorge für geräumige, helle Krankenzimmer, häufige und gründliche Lüftung derselben, geeignete Abkühlung der Zimmertemperatur, für feuchte Reinigung der Krankensäle, peinliche Reinhaltung des Kranken und seines Lagers wird ausführlich und eindringlich dargelegt. Eingehende technische Vorschriften über die Heizung und nächtliche Beleuchtung des Krankenzimmers, über örtliche Abkühlung und Erwärmung des Kranken, Lagerung, Bettung und Bekleidung des-

selben sind bereits vorhanden. Der Ernährung Kranker, der Bereitung zweckdienlicher und bekömmlicher Krankenspeisen und erfrischender Getränke für Fiebernde (Wasser mit säuerlichen Fruchtsäften) wird besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Auch die zur Vornahme der wichtigsten Handreichungen und Hilfeleistungen am Krankenbette gehörenden Geräthe und Utensilien werden genau beschrieben. Hochinteressant ist es, die allmälige Veränderung und Vervollkommnung der hauptsächlichsten und häufigsten Objecte des Krankencomforts zu verfolgen; man kann dabei aufs deutlichste erkennen, wie sich auch auf diesem Gebiete die technischen Hilfsmittel, insbesondere was Form und Herstellungsmaterial anlangt, genau nach dem jeweiligen Stande der allgemeinen culturellen Entwickelung richten.

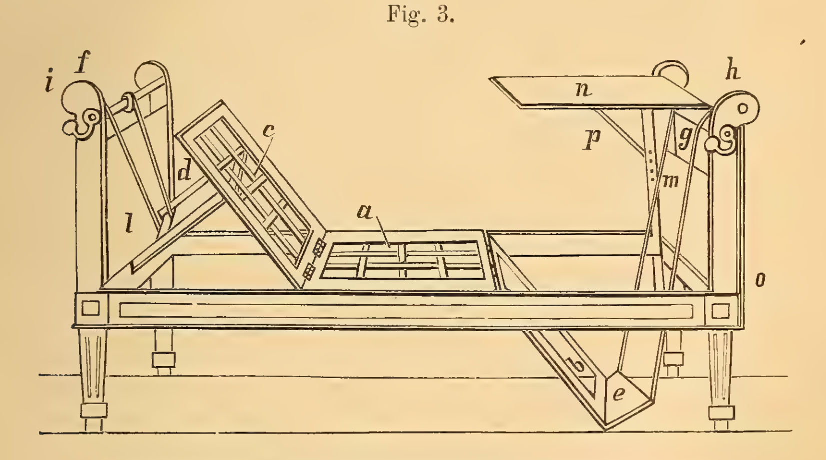
Wenn auch an dieser Stelle auf eine eingehendere Schilderung der Bestandtheile des damaligen Krankencomforts verzichtet werden muss (ich verweise hier auf meine Abhandlung: „Beiträge zur Geschichte des Krankencomforts". Deutsche Krankenpflege-Zeitung 1898. No. 9 ff.), so seien doch einige Angaben aus den genannten Schriften gestattet. Die Krankenbetten bestanden damals noch durchweg aus Holz und waren mit dünnen Bettvorhängen umgeben; an den Bettladen war eine Schnur zum Aufrichten befestigt. Hölzerne Fensterläden hielten die Sonnenstrahlen dem Krankenzimmer fern, während man durch fleissiges Besprengen der Strasse für Kühlung der Zimmerluft sorgte. Zur Regulirung der Lufttemperatur dienten Thermometer nach Réaumur. Die Heizung geschah durch Kaminöfen, in manchen Fällen auch durch Oefen, welche vom Flur aus bedient wurden. Bettschüsseln, Uringläser, Speigläser waren überall in Anwendung. Statt der Gummigeräthe benutzte man solche aus gegerbtem Leder, das zu Kopfkissen, Unterlagen, Lagerungskränzen (mit gedörrtem Moos, Rosshaar, Federn gefüllt) und zu Stützrollen verwendet wurde. Die Klystiere wurden mit zinnernen Büchsen mit Stempel, den Vorläufern der Spritzen, oder mit einer Thierblase mit aufgeschraubtem Elfenbeinansatz verabreicht. Zur Erwärmung der Füsse dienten während der ersten Hälfte des vorigen Jahrhunderts entweder viereckige blecherne Kästchen, welche mit glühenden Kohlen gefüllt wurden, die sogenannten Feuerstübchen, oder oben und unten mit einem Blech versehene Wärmkörbe, in welche Apparate ein Topf mit glühenden Kohlen gestellt wurde. May empfahl statt ihrer, um den schädlichen Kohlendunst im Krankenzimmer zu vermeiden, den Stechbecken ähnliche runde zinnerne Wasserbehälter mit langem Stiel, oder mit heissem Wasser gefüllte Steinkruken. Sehr beliebt waren am Ende des vorigen Jahrhunderts zur „Verbesserung der Krankenzimmerluft" die Räucherungen, und zwar wurden trockene Räucherungen angewendet, um die Luft weniger feucht zu machen (Wachholderholz, Wachholderbeeren, Kaskarilrinde, getrocknete Citronen- und Aepfelschalen, Zucker, Mastix, Storax, Rauchkerzchen, Kolophonium, gekochter Terpentin), feuchte Räucherungen hingegen, um die zu trockene Luft anzufeuchten (Lavendelgeist oder Rosenwasser, mit Essig auf einer heissen

Schippe oder einem irdenen Schüsselchen über Kohlen oder Spiritus verdampft). Auch Blumen, Fichten- und Maiensträuche, welche in frischem Wasser in die Ecke des Krankenzimmers gesetzt wurden, mussten der Verbesserung der Luft dienen. Nervöse und hysterische Personen verfügten über den besonderen Comfort, dass in ihrem Zimmer Stinkspiritus aus den sogenannten Stinkbüchsen ausgeträufelt wurde. Ausser den gewöhnlichen eröffnenden, besänftigenden, nährenden und stärkenden Clystieren wurden häufig auch solche von Tabaksrauch mit einer besonderen kleinen Maschine, die einer Tabakspfeife ähnlich war, verabreicht. Von Umschlägen finden sich erweichende Breiumschläge, wozu ein Brei aus Weissbrot, Milch und Eigelb oder geschabter venedischer Seife verwendet wurde, und reizende Umschläge, insbesondere Senfteige, die oft durch Zusatz von geriebenem Meerrettig und Knoblauch verschärft wurden. In Frankreich war der Krankencomfort am Ende des 18. Jahrhunderts am weitesten fortgeschritten (vgl. Carrère, Manuel pour les garde-malades. Strassburg 1787). Neben den ausgezeichneten und berühmten Arbeiten über Verbesserungen des Hospitalwesens von Tènon machte sich im Jahre 1777 Le Roy dadurch um den Krankencomfort verdient, dass er zwecks Separation der einzelnen Kranken in den grossen Krankensälen die beweglichen Bettschirme (sogenannten Portativschirme) erfand. Das gleiche Ziel verfolgte A. Petit, welcher 1774 die Erbauung kleiner Bettalkoven aus Backsteinen in den Krankensälen zuerst vorschlug (Mémoire sur la meilleure manière de construire un hospital de Malades. Paris 1774). Chr. Ludw. Hoffmann ging, um die Nachtheile des Zusammenliegens vieler Kranken in einem Raume zu vermeiden, sogar so weit zu fordern, dass jeder Kranke in den Hospitälern ein eigenes Zimmer erhalte (Mainz 1788). Pfähler, der französche Quellen benutzte, forderte statt der bis dahin üblichen zinnernen Trinkbecher für den Kranken Ess- und Trinkgeschirre aus Glas und Porzellan, Löffel aus echtem Silber oder Elfenbein. Neben der schon im 17. Jahrhundert überall gebrauchten Bettschüssel empfahl er den Zimmernachtstuhl. Es erscheinen bei ihm sogar schon die ersten complicirteren Vorrichtungen des Krankencomforts. Ein mechanisches Bett (s. Abbildung 3) aus Holz, mit verstellbarer Rückenlehne und senkbarem Fussende, welches dem Kranken gestattet nach Belieben eine sitzende oder liegende Stellung zu geben, wird von ihm ausführlich beschrieben und durch eine Kupfertafel, welche beistehend reproducirt ist, veranschaulicht. Es dürfte von Interesse sein das Geräth mit den heutigen eisernen Betten zu vergleichen, deren Form und Grundprincip im wesentlichen schon vor hundert Jahren vorhanden war. Demselben Autor entnehmen wir aus dem Jahre 1793 Angaben über gutgestopfte Rosshaarmatratzen, mit Luft gefüllte Ledermatratzen, die mit Wachstuch bedeckt werden, über grüne, unbemalte Bett- und Fenstervorhänge, Aufstellung von grünem Buschwerk und blätterreichen Zweigen oder Schalen mit Eisstücken im Krankenzimmer, über die Verwendung gebogener Röhrchen bei der Ernährung Schwerkranker etc.

Zu Clystieren benutzt Pfähler stets die Clystierspritze, über deren Anwendung er eingehende Anweisungen giebt. Das Baden geschieht bei ihm in einem hohen Badezuber aus Holz, der durch zuleitende Röhren mit warmem oder kaltem Wasser beliebig gefüllt wird, je nachdem ein Vollbad, Halbbad oder Fussbad vorgenommen werden soll. Zur Durststillung bei Fiebernden dienen in den Mund genommene Citronen- und Pommeranzenscheiben und erfrischende Fruchtlimonaden, zur Vermeidung von Decubitus Lederpolster mit Rosshaarfüllung oder ein gegerbtes Rehfell mit berganstehenden Haaren, bedeckt von einem weichen, mit Hirschtalg bestrichenen Betttuch.

Die genannten Schriften bieten somit ein recht anschauliches Bild von dem Stande des Krankencomforts bis zum Jahre 1800. Zur Zeit sehr beifällig aufgenommen, trugen sie wesentlich dazu bei eine weitere Entwickelung dieses Zweiges der Krankenpflege anzubahnen. Inter-

Fig. 3.




Mechanisches Bett mit Krankenlesetisch nach Pfähler (1793).

essante Fortschritte des Krankencomforts lässt in der Folgezeit insbesondere ein Büchlein von Sabathia J. Wolff erkennen, welches den Titel führt „Die Kunst krank zu sein“ (Berlin 1806). Es sei gestattet hier auf eine Stelle des Werkchens hinzuweisen, welche sehr deutlich zeigt, dass die Rücksicht auf die Kranken inzwischen eine wesentlich höhere geworden war als früher: „Es würde nicht nur ein ganz eigener Apparat, welcher Alles aufs Reinlichste enthält, was zum Gebrauche beim Kranken nöthig ist, in einem Krankenpflege-Institute gefunden werden müssen, sondern ich würde sogar für die Mitglieder einen eigenen Anzug vorschlagen, den der Wärter, so lange er um den Kranken ist, braucht und behält. Da die grüne Farbe den Meisten behagt, so dürfte es eine solche Jacke sein, woran keine Knöpfe, sondern Schleifen von Bändern sind, um beim Heben und Wenden dem Kranken keine Schmerzen zu

verursachen. Seine Schuhe müssen entweder von Filz oder wenigstens mit solchen Sohlen belegt sein; eine Schürze mit mehreren Taschen wäre für ihn sehr gut. Von allen diesen Kleidungsstücken müssen mehrere vorräthig sein, und die, welche etwa in einer bösartigen Krankheit gebraucht worden sind, vor der Hand nicht wieder bei einem andern Kranken gebraucht werden, bis sie gehörig gelüftet und gereinigt worden".

Ausser dem wachsenden Einfluss der Aerzte auf die Gestaltung der Krankenpflege, welcher sich in den ersten Jahrzehnten unseres Jahrhunderts bemerkbar macht und seinen Ausdruck vor Allem in der Begründung von ärztlich geleiteten Krankenpflegeschulen im Anschluss an die grösseren Hospitäler der Städte findet, ist ein wesentliches Moment für die Weiterentwickelung der Krankenpflege-Technik in Deutschland insbesondere in dem Wiederaufblühen der Pflegethäthigkeit seitens der religiösen Genossenschaften zu erblicken. Vornehmlich in Süddeutschland entfalteten in jener Zeit die Orden der barmherzigen Brüder und Schwestern eine sehr ausgedehnte Thätigkeit, welche um so fruchtbringender und segensreicher sich gestalten konnte, weil sie in den nunmehr von den Behörden besser eingerichteten Krankenanstalten der Städte unter der Leitung tüchtiger und erfahrener Aerzte vor sich ging und sich nicht mehr ausschliesslich auf die Klöster beschränkte. So konnte es nicht ausbleiben, dass in der Folgezeit ein ungestörter Fortschritt auf dem Felde des Krankencomforts statthaben durfte. Ein sehr treffendes Bild von dem Niveau des Krankencomforts in den Jahren 1820—1830 gewinnt man durch das Studium des vorzüglichen Buches von Anselm Martin: Die Kranken- und Versorgungsanstalten in München (München 1834. Franz), dem die nachfolgenden Angaben entstammen. Die Schilderungen beziehen sich im Wesentlichen auf das neue allgemeine Krankenhaus in München, welches 1813 bezogen, mit barmherzigen Schwestern besetzt wurde, und als ein Musterhospital jener Zeit angesehen werden kann. Ohne äussere Pracht und Zierde, allein mit der seinen grossen Zwecken entsprechenden Inschrift: Aegrorum medelae et solamini geschmückt, lag es mehrere hundert Schritte von der Stadt entfernt auf erhöhtem, trockenem Erdgrunde, von allen Seiten frei, die Wohlthat der Sonne und der gesunden Feldluft geniessend, umgeben von trockenen, grossen Wiesenplätzen, mit einer reizenden Aussicht, begrenzt von einem weiten, abwechslungsvollen Horizont. Es bildete ein grosses Viereck, war zwei Stockwerke hoch, mit seiner Hauptfaçade gegen Osten gelegen und enthielt 54 Krankensäle, 36 Zimmer für einzelne Kranke und Bedienstete des Hauses, eine Kapelle, eine Apotheke, eine Badeanstalt und 2 grosse Küchen. In seiner Länge war es gleichsam in 2 grosse Theile gespalten; den einen nahm die Reihe der Krankensäle mit ihren Vorplätzen, den andern ein langer, geräumiger, heller Corridor ein, so dass die Fenster der Krankensäle sich nach aussen, die des Flurgangs aber sich nach innen in die Höfe öffneten. In jedem Gange, sowohl zu ebener Erde, als im

ersten und zweiten Stock, lagen jederseits 9 ganz gleichmässig angelegte viereckige Krankensäle, 14 Fuss hoch, 38 lang und 24 breit. In jedem Saale befand sich ein grosses, oben bogenförmiges Fenster, das die Höhe des ganzen Saales fast erreichte und denselben angenehm und hinlänglich erleuchtete. Sämmtliche Fenster waren doppelt, mit sogenannten Winterfenstern versehen. Dem Fenster gegenüber hatten die Krankensäle eine Aushöhlung, die in einer Nische den Ofen und zu beiden Seiten Glasflügelthüren trug, durch welche man in die zwischen zwei benachbarten Krankensälen gelegenen Vorräume gelangte, in denen eine kleine Küche für die Krankenwartung untergebracht war, und durch welche das Eindringen direkten Zugwindes vom Corridor vermieden wurde. Zugleich war durch die Vorräume eine gewisse Communication zwischen den Krankensälen ermöglicht. Der Fussboden in den Sälen des ersten und zweiten Stockes war von Holz, der zu ebener Erde aber und in den grossen Corridoren von weissen, glattpolirten Steinen. An den beiden Seiten jedes Saales befanden sich die Krankenbetten, in jedem Saale zwölf. Die Betten waren zunächst durch kleine Zwischenmauern, welche sogenannte Alkoven bildeten, von einander getrennt, sodass sich auf jeder Seite eines Saales immer 3 Alkoven und in jedem derselben 2 Betten befanden. Die Alkovenmäuerchen waren 6 Schuh hoch, $1/2$ Schuh dick, hatten ihre Richtung gegen die Mitte des Saales und waren so lang als die Bettstätte eines Kranken. Der Plafond, die Beheizung, das Licht des Gesammtsaales war allen Kranken gemeinsam, in der Mitte des Saales blieb noch hinlänglich freier Raum. Die Mäuerchen erlaubten eine grössere Entfernung der einzelnen Krankenbetten von einander, hemmten das zu grelle Einfallen des Fensterlichts auf den Kranken und gaben jedem Kranken gleichsam ein eigenes Zimmer in dem grossen gemeinsamen Saale, ohne dadurch den Krankendienst irgendwie zu erschweren. Dennoch wurden sie 1832 aus sämmtlichen Sälen entfernt, weil der Hospitalvorstand in ihnen vorzugsweise die Ursache der im Hause überhand nehmenden Wanzennester zu finden glaubte. Seitdem standen die Betten ganz frei im Saale. Sie enthielten einen Strohsack, eine Matratze von Rosshaar, 1 Federkissen, 2 leinene Tücher und eine wollene Decke. Die Bettstellen selbst waren mit Rädern versehen, um sie leicht nach allen Seiten bewegen zu können, und trugen am Kopfende ein Kästchen zur Aufbewahrung der nöthigsten Krankenbekleidungsgegenstände. Dort war auch eine schwarze Tafel angebracht, auf welcher Saal und Bettnummer, Name des Kranken, Krankheit, Eintrittstag in die Anstalt, Anfangstag der Erkrankung, die verordneten Arzneien, Kost und Getränk genau aufgezeichnet wurden. Neben dem Bette jedes Kranken stand ein Nachttischchen, zwischen zwei Nachttischchen ein hölzerner Leibstuhl von der Form eines Lehnstuhls. Unter dem beweglichen Stuhlsitz befand sich ein runder Zinkkessel, dessen Deckel in eine mit Wasser gefüllte, rings um die obere Mündung des Kessels herumlaufende

Rinne eintauchte, so dass ein geruchverhindernder, hermetischer Verschluss erzielt wurde. In der Mitte jedes Saales stand ein grosser Tisch für die Arzneien der Kranken. Jeder Saal besass auch einige kleine und einen grossen gepolsterten Krankenlehnstuhl. Sämmtliche Krankensäle, ebenso die Alkovenmäuerchen, mit Ausnahme der beiden Säle der Augenabtheilung, waren weiss, die Bettstätten, der Tisch und die Thüren hellgelb bemalt. Zur künstlichen Beleuchtung der Krankenräume dienten Lampen von weissem Milchglas, welche in der Mitte des Saales an der Decke befestigt waren. Für ausreichende Beheizung und Lufterneuerung durch Ventilationsapparate war gleichfalls Sorge getragen.

Diese charakteristische Schilderung der Ausstattung und inneren Einrichtung der Krankenräume, welche Martin in dem erwähnten Buche giebt, gewährt ein recht anschauliches Bild des Krankencomforts in einem der besteingerichteten Krankenhäuser jener Zeit. Von grossem Interesse dürfte die Wahrnehmung sein, dass man sich bereits damals eifrig bemüht zeigte, die Nachtheile, welche sich für den Comfort der Kranken dadurch ergeben, dass in den Hospitälern eine grössere Anzahl Schwerkranker in einem gemeinsamen Raume untergebracht werden, mit Zuhilfenahme der verschiedenartigsten technischen Vorkehrungen zu verringern. In mannigfacher Beziehung ergänzt wird das Bild des damaligen Krankencomforts durch die kleine Schrift desselben Autors: Die Kunst den Kranken zu pflegen (München 1832). Martin fordert Entfernung und Verhütung aller unreinen, feuchten und verdorbenen Luft im Krankenzimmer und seiner Umgebung, grösste Reinlichkeit im Zimmer selbst und den Vorplätzen, Fernhaltung von Ueberfüllung des Krankenzimmers durch Besuchende, Vermeidung von Rauch, Kohlendunst, Unrath, faulenden Stoffen, Beseitigung feuchter und schmutziger Wäsche, Kleider, Blumen etc., fleissiges Oeffnen von Fenstern und Thüren und geschickte Handhabung der Ventilationsapparate. Als Luftverbesserungsmittel dienen feuchtes Kohlenpulver, in flachen Gefässen aufgestellt, Verdampfung von Essig, Besprengung von Wänden und Boden mit Essig, Chlordampf, erzeugt durch Chlorkalk und zugetropfte Schwefelsäure. Im Krankenzimmer muss stets Ordnung sein; Nässe oder Staub sind nicht zu dulden; alle Geräthschaften müssen ihren bestimmten Ort haben, die abschreckenden darunter, wie chirurgische Instrumente, Clystierspritzen, Arzneien dem Anblick der Kranken entzogen werden. Das Krankenbett soll nicht nahe einer kalten Mauer, einem Fenster oder einer Thür stehen und soll durch Vorhänge oder sogenannte „spanische Wände“ gegen Zugwind geschützt werden; es soll weder zu hoch noch zu niedrig und mit einer guten Matratze oder einem Strohsack, sowie mit einer wollenen Decke versehen sein. Feder- und Unterbetten werden verworfen, die Leintücher müssen faltenfrei sein. Als Bettunterlagen dienen Wachsleinwand, Wachstaffet oder zusammengelegte Tücher. Zum Schutz gegen Decubitus empfiehlt Martin ein Rehfell, häufigen Lagewechsel und „Aufstellen einer Schüssel mit

kaltem Wasser unter dem Bett". Die Krankenkleidung soll so bequem als möglich sein: „Die Schlafhauben nicht zu eng, die Halstücher leicht umgebunden, das Nachtleibchen und Hemd weit und bequem; die Strümpfe, falls sie ein Kranker trägt, dürfen nirgends drücken und nicht, oder wenigstens nicht fest gebunden sein. Die Kleidung sei stets trocken, und werde wie die Bettwäsche häufig und regelmässig gewechselt; das Wechseln soll schnell, leicht und mit Schonung für den Kranken geschehen". Für Reinlichkeit des Kranken ist durch öfteres Kämmen und Putzen, Waschungen mit warmem Wasser und Milch, behutsame Reinigung von Zunge, Nase, Augen etc. zu sorgen. Das Essen soll dem Kranken pünktlich, in geeigneter Abwechslung mit der Arznei, weder zu warm noch zu kalt, genügend geschnitten und zubereitet, in reinlichen Geschirren gereicht werden. Der Kranke ist vor Gemüthserregung zu bewahren, Ruhe und Schlaf in jeder Weise zu sichern. Von Geräthschaften des Krankencomforts erwähnt Martin zur Erleichterung der Urinentleerung im Liegen für beide Geschlechter besonders gestaltete Uringläser, für die Stuhlentleerung Leibschüsseln und den Zimmernachtstuhl, den wir schon bei Pfähler (1793) fanden, zur Aufnahme des Auswurfs Spucknäpfe. Eingehende Vorschriften giebt er über das Umwenden, Heben und Legen der Kranken, das so leise, sanft und allmälig als möglich geschehen soll. Hat der Kranke keine mechanische Bettstelle, so kann der Pfleger ihm unter Brust, Rücken, Lenden und Schenkel lange, breite Handtücher schieben (Vorläufer der jetzt gebräuchlichen Heberahmen) und ihn dann mit Beihilfe einer anderen Person drehen und wenden. Auch kann die Bewegung des Kranken durch ein über dem Bette an der Decke oder am Fussende des Bettes befestigtes Handtuch oder Seil (Krankenaufrichter) erleichtert werden. Hinsichtlich der Arzneidarreichung spricht sich die Sorge für den Krankencomfort dadurch aus, dass, um Verwechslungen zu vermeiden, die innerlichen Medicamente mit einer weissen, die äusserlichen mit einer blauen oder andersfarbigen Signatur bezeichnet werden (1830), auf der stets die Zwischenräume des Einnehmens und die verordnete Arzneimenge vermerkt werden. Die Arzneiflaschen sind wohlverschlossen in Wasser zu stellen, ebenso die Einnehmegeräthe: Kaffeelöffel, Esslöffel, Schale und Becher, die von Metall sein müssen. Zum Eingeben von Tropfen überzieht man nach Martin die Oeffnung des Arzneiglases mit einem Stückchen befeuchteter Blase, das rings mit einem Faden befestigt und mit einer Nadel doppelt durchbohrt wird (Vorläufer der Tropfflaschen). Als Erfrischungsmittel werden besonders Mandelmilch und Citronenlimonade, falls der Status morbi sie zulässt, empfohlen, über deren Bereitung einfache und praktische Vorschriften gegeben. Pulver werden in Wasser, oder in Oblate gehüllt, verabreicht. Clystiere werden in Seitenlage mit der Clystierspritze gegeben, welche durch mehrfaches Vollziehen mit Seifenwasser gut gereinigt ist. Der Filz des Stempels wird mit Oel, Butter oder Schmalz beschmiert, damit er nicht austrocknet. Als Ansatzstück dient ein

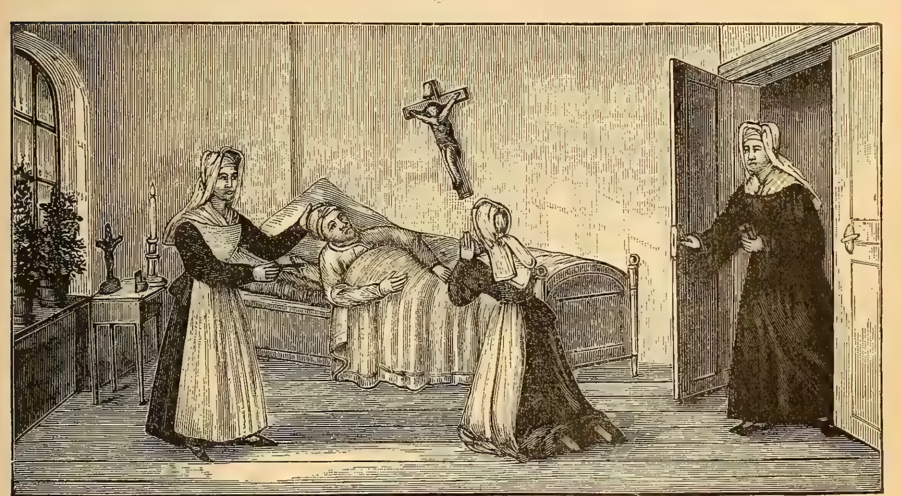
bleiernes oder ein elastisches Röhrchen (Auftreten des Gummi in der Krankenpflege um 1830), das mit Oel oder Butter schlüpfrig gemacht wird. Ganzbäder werden in grossen Wannen gegeben, so dass dem Kranken das Wasser bis zum Hals reicht, Halb- und Stuhlbäder in eigens verfertigten Lehnstühlen oder in einer Wanne auf einem Schemel, Hand- und Armbäder in einem tiefen Becken, Fussbäder in einem Zuber. Zu Augenbädern beugt man das Auge in ein bis zum Ueberlaufen gefülltes Wasserglas, das in einem Waschbecken steht. Warme und kalte Begiessungen werden mit einem Spritzkruge, einer Clystierspritze von einer gewissen Höhe her ausgeführt. Zu Dampfbädern, ebenso zu Sturz-, Dusch- und Tropfbädern dienen besondere Maschinen und Apparate. Eisanwendung geschieht mittelst einer mit Schnee oder Eis gefüllten zugebundenen Thierblase.

Zieht man aus den vorstehenden Angaben das Facit, so ergiebt sich auf das deutlichste, dass in den Jahren 1800—1830 in Bezug auf die weitergehende Entwickelung des Krankencomforts recht erhebliche Fortschritte zu verzeichnen sind. Es unterliegt keinem Zweifel, dass der von wissenschaftlich geschulten Aerzten zu Beginn des Jahrhunderts ausgeübte Einfluss auf die Krankenpflegetechnik sehr wesentlich dazu beigetragen hat, das Niveau des Krankencomforts beträchtlich zu heben. Daneben natürlich kommen die allgemeinen culturellen Fortschritte, insbesondere die Verbesserungen auf technischem Gebiete als wirksam in Betracht. Neue Entdeckungen auf naturwissenschaftlichem, chemisch-physikalischem Gebiet, das Auffinden neuer und zweckmässigerer Verfahren in der Bearbeitung der Rohstoffe, die Einführung neuer, bisher unbekannter und daher technisch zuvor nicht verwertheter Arbeitsmaterialien aus fremden Ländern haben auch an der allmäligen Weiterentwickelung des Krankencomforts zu allen Zeiten einen bedeutsamen Antheil geäussert und äussern ihn noch heute. Einen ferneren, ungemein wichtigen Einfluss auf die Vervollkommnung der Krankenpflegetechnik und des Krankencomforts übten sodann plötzlich über das Land hereinbrechende grosse Nothstände, wie Krieg und Seuchen, welche besonderen Anlass zu eingehender Fürsorge für die Verwundeten und Kranken und zugleich auch zum Ersinnen neuer Hilfsmittel für die Erfordernisse des Krankencomforts boten. So ist es keine Frage, dass während der ersten Jahrzehnte des neunzehnten Jahrhunderts sowohl die Freiheitskriege als auch in der Folge das Hereinbrechen der Cholera einen Aufschwung der Krankenpflegetechnik in Deutschland bedingten. In einer ganzen Anzahl von deutschen Städten, insbesondere auch in Norddeutschland wurden im Anschluss an die grösseren allgemeinen Krankenhäuser Krankenpflegeschulen begründet, an welchen tüchtige Aerzte theoretischen und practischen Unterricht in der Krankenpflege ertheilten. Auch in den protestantischen Theilen Deutschlands zeigte man sich aufs eifrigste bestrebt, ein besseres Personal für die Krankenwartung zu gewinnen. Gefördert durch das erhöhte Interesse hervorragender Aerzte und der Behörden, nahm dementsprechend auch der Kranken-

comfort eine wünschenswerthe Entwickelung und ungehemmten Fortschritt. Dass auch die Aerzte der Verbesserung der Krankenpflege ein steigendes Interesse zuwandten, beweist die Thatsache, dass der berühmte Berliner Chirurg Dieffenbach (1794—1847) es nicht unter seiner Würde hielt, im Jahre 1832 selbst ein Büchlein: „Anleitung zur Krankenwartung" abzufassen (Berlin 1832. A. Hirschwald), in welchem sich eine Fülle ausgezeichneter und trefflicher Beobachtungen und Anweisungen hinsichtlich der Ausübung der Krankenpflege findet, und welches eine äusserst wichtige Quelle für die Beurtheilung des Umfanges des damaligen Krankencomforts und eine willkommene Ergänzung des Martin'schen Büchleins in dieser Hinsicht darstellt.

Auffallend erscheint die Wahrnehmung, dass der Krankencomfort

Fig. 4.



Intérieur eines Einzelkrankenzimmers im Jahre 1830.
(Aus Bartholmä: „Die barmherzigen Schwestern in München im Bezuge auf Krankenpflege". Augsburg 1838.)

nach Dieffenbach's Schilderung schon einen weiteren Umfang hat, obgleich beide Werke im selben Jahre zur Veröffentlichung gelangten. Die Heizung der Krankenzimmer beginnt hier bereits vereinzelt eine centrale zu sein und geschieht durch zuführende Röhren mit erwärmter Luft, ebenso die der Corridore und Baderäume. Jalousieen, Marquisen, grüne Rouleaux schützen gegen allzu intensive Sonnenstrahlen. Für die künstliche Beleuchtung wird Abends ein Wachslicht in ein Gefäss mit Wasser gestellt, Nachts ein kleines auf Oel schwimmendes Blechkreuz mit Kork und einem feinen Docht empfohlen und vor den grossen Oellampen bevorzugt, deren grosse Flamme bei anhaltendem Brennen die Stubenluft verdirbt und deren Helle durch Milchglas oder einen grünen Taffentschirm moderirt wird. Auch die Technik der Nahrungsdarreichung

ist fortgeschritten. Auf das Bettuch kommt eine reine Serviette, auf diese ein sauberes, zwei Fuss langes und anderthalb Fuss breites, weisses Brett, das den Speiseteller des Kranken trägt; denn „das Essen von einem vor dem Bette des Kranken stehenden Tische ist sehr unbequem und angreifend, man muss es einem Kranken recht bequem machen". Hinsichtlich der Luftverbesserung werden sehr wohlriechende Blumen und feine wohlriechende Wässer verworfen, dagegen Räucherungen mit Essig empfohlen, der auf einer Feuerschaufel oder in kleinen Dampffässern mit darunter befindlicher Spirituslampe verdampft wird. Unter den trocknen Räuchermitteln sind die Wachholderbeeren noch das häufigst angewendete; doch „soll man das Räuchern nicht übertreiben, man soll nicht ganze Hände voll in das helle Feuer werfen, sondern mit einem kleinen Kohlenbecken in der linken Hand durch Zimmer, Säle und Corridors langsam durchgehen und fortwährend kleine Prisen auf die Kohlen werfen". Zur Zerstörung der Ansteckungsstoffe in der Luft dienen Räucherungen mit Salpeter oder Salz, worauf Schwefelsäure gegossen wird, oder mit Chlor, wobei Chlorkalk mit Wasser verrührt und der Brei in Schalen im Zimmer umhergetragen oder auf mit Leinwand bespannte grosse Holzrahmen mit einem Pinsel alle zwei, drei Stunden aufgestrichen wird. Die Krankenkleidung besteht aus Hemd, Jacke und Halstuch. Unterkleider sind im Bett verboten. Das Anziehen frischer Wäsche, die vorgewärmt ist, muss geschickt ausgeführt werden; der kranke Arm krommt zuerst, und am bequemsten werden aufgetrennte Aermel mit Bändern zum Zubinden benutzt.

Besonders bemerkenswerth ist, dass bei Dieffenbach bereits die eisernen Krankenbettstellen mit den hölzernen in Concurrenz zu treten beginnen. Allerdings verhielt er sich zunächst ablehnend gegen dieselben, wie folgender für die Geschichte des Krankencomforts lehrreiche Passus beweist: „Die Bettstellen sind entweder mit Gardinen, ohne Gardinen, von Holz oder von Eisen. Sie haben entweder einen bretternen Boden oder Gurten oder Leinwand, auf dem der Strohsack und darüber die Betten liegen. Dann unterscheiden sich die Bettstellen durch ihre Höhe, ob sie lange oder kurze Beine haben, oder ein- oder zweischläfrig sind. Die Gardinenbetten, welche alte Leute so sehr lieben, haben für Kranke sehr grosse Nachtheile, sie verhindern den Zutritt der freien Luft, besonders wenn sie in engen, dunklen Zimmern stehen. Oben auf ihrem breiten Bretterhimmel trifft man oft wohl eine ganze Polter- und Vorrathskammer an, alte Stiefeln, Schuhe, Seife und Aepfel, in den Ecken der Gardinen Spinnen und Spinnengewebe, und auf dem Bretterboden unten im Stroh Mäusenester und quikende Junge, in den Ritzen Wanzen und im wurmstichigen Holz Todtenuhren. Unter dem Bett allerlei unbrauchbaren Hausrath und im Winter wohl Kartoffeln und Kohl. Solch eine Bettstelle taugt nicht für einen Kranken, auch wenn sie die schönsten Betten enthielte. Eine gute Bettstelle muss keine Gardinen haben, mässig hoch sein; nur für Kranke, welche äusserliche Schäden haben, besonders Knochenbrüche, etwas hochbeinig, damit der Arzt sich beim Verbande

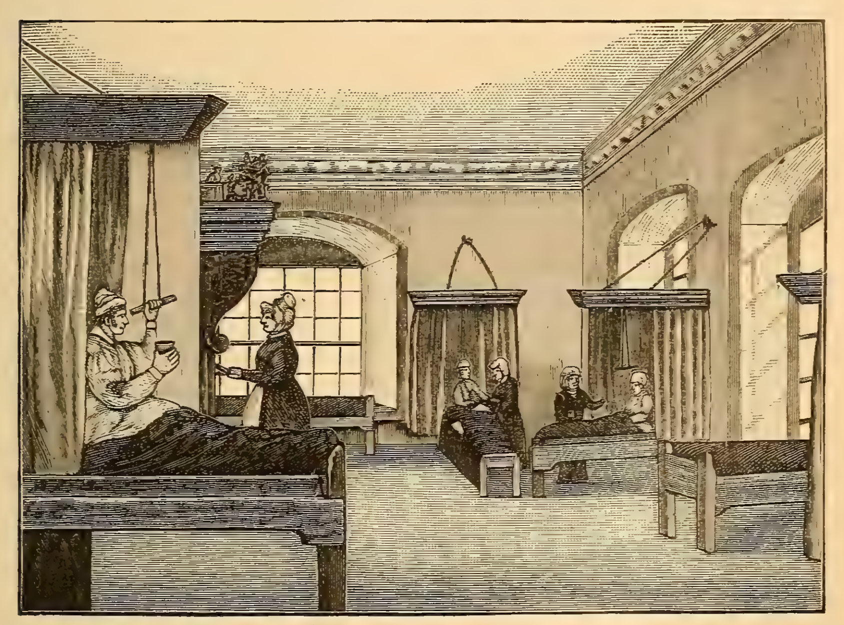
nicht übermässig zu bücken braucht. Fuss-, Kopf- und Seitenbretter müssen eine gebührliche Höhe haben, damit nicht die Matratze oder das Unterbett, oder gar der Kranke im Schlaf, wenn er unruhig ist, herausfalle. Ein bretterner Boden ist nicht so gut als ausgespannte Gurten; jener begünstigt das Nisten von Ungeziefer und verhindert den Zutritt von Luft zu dem Strohsack, wodurch das Stroh sehr leicht einen modrigen Geruch annimmt, wenn es nicht täglich umgeschüttelt wird. Die eisernen Bettstellen werden so sehr gelobt; ich kann ihnen keinen Geschmack abgewinnen; sie sehen wie ein kahles Gitterwerk aus, lassen so sehr in das Innere des Bettes hineinblicken, schützen von keiner Seite gegen die Luft, und gewähren dem Kranken nicht die mindeste Wärme. Sie werden besonders für Hospitäler empfohlen, wo sie für nachlässige Wärter allerdings den Vorzug haben mögen, dass sich in ihnen nicht so leicht Wanzen, wie in den Fugen der hölzernen Bettstellen, einnisten". Wenn auch Dieffenbach's Urtheil über die eisernen Krankenbettstellen heute nicht mehr für zutreffend erachtet werden kann, so sind doch seine diesbezüglichen Betrachtungen von grossem Interesse. Seine Ausführungen zeichnen sich durch eine ausserordentlich lebenswahre und packende Darstellungsart aus, ihr Studium bietet einen Schatz reicher Erfahrungen, eine Fülle praktischer Rathschläge auf dem Gebiete der Krankenpflegetechnik und des Krankencomforts, von denen viele noch heute volle Geltung haben. Gleich Martin verwirft er die Federunterbetten und empfiehlt eine Rosshaarmatratze. Zur Unterstützung eines schmerzhaften Körpertheils dienen längliche, feine, leinene Säcke, mit Heckerling, Kleie, Seegras, Pferdehaaren gefüllt, als Bettunterlage wird Wachstuch, zum Eingeben der Arznei besondere Einnehmelöffel aus Porzellan verwendet, da die Tischlöffel ungleiche Grösse haben. Erbrochenes wird in einer flachen, weissen, zugedeckten Schale für den Arzt aufgehoben. Der Stuhlgang wird in ein vorher erwärmtes Steckbecken entleert, welches bedeckt ausserhalb des Krankenzimmers aufbewahrt wird, Auswurf kommt in ein Spuckbecken oder Hustenglas. Zu Einspritzungen und Ausspülungen werden zinnerne Spritzen sehr verschiedener Grösse verwendet, je nachdem Ausspritzungen des Halses, der Nase, des Ohres, des Darmes, der Scheide vorgenommen werden. Im letzteren Falle trägt die Spritze ein zinnernes, gebogenes „Mutterrohr" von zwei Fingern Länge, vorn mit einem länglichen, mehrfach durchlöcherten Knopf versehen. Dieffenbach selbst construirte eine Scheidenspritze, welche ein grades, einen Finger langes und einen kleinen Finger dickes Elfenbeinrohr mit mehreren Oeffnungen trug, um leichter und nicht zu tief einzudringen. Für die Application von Blutegeln an den Uterus giebt er eine zinnerne Doppelröhre an. Die Clystierspritze soll inwendig gehörig glatt polirt sein, und muss einen leicht beweglichen und doch gut schliessenden Stempel haben. Das Darm-Ansatzstück der Spritze, aus Zinn, Holz, Horn, Elfenbein oder elastischem Gummi, am besten nach Dieffenbach von Elfenbein, wird mit Baumöl bestrichen; eine zwei Zoll vor der Mündung befindliche Scheibe soll zu tiefes Ein-

führen verhindern. Der Nachtstuhl für aufstehende Kranke darf nach Dieffenbach nie im Zimmer geduldet werden. Auf seinen Rand soll, um Erkältung zu vermeiden, ein Stück wollnes Zeug gelegt werden. Schwerkranke brauchen ein zinnernes Steckbecken mit breitem Rande. Man hat auch schon (1832) Steckbecken, welche einen breiten, mit Tuch überzogenen Rand haben, welcher abgenommen oder in die Höhe geschlagen werden kann, wenn man den Inhalt ausgiessen will. Um den üblen Geruch im Krankenzimmer beim Forttragen des Nachtgeschirrs zu vermeiden, construirte Hammer (vgl. Dieffenbach, a. a. O. S. 105) ein Krankenbett, bei dem der Kranke den Stuhlgang durch einen rundlichen Ausschnitt in der Matratze entleeren kann. Darunter befindet sich ein künstliches Nachtgeschirr, dessen Deckel sich durch einen eigenen Mechanismus schliesst, und zwar so genau, dass nicht der geringste Geruch ausströmt (1832!). Zur Aufnahme des Harns dienen porzellanene, irdene oder zinnerne Töpfe, von denen nur die erstgenannten tauglich sind, oder auch Uringläser vom weissem Glase. Für Schwerkranke hat man längliche, platte Urinflaschen mit engem Halse, die zwischen die Schenkel gelegt werden. Den unangenehmen Anblick eines vollen Uringlases auf dem Tische verbirgt man nach Dieffenbach den Augen dadurch, dass man es mit einem Ring von Papier, mit einer Stecknadel zusammengesteckt, umstellt und das Glas mit einem Bogen Papier zudeckt. Auch über die Art der verschiedenen Umschläge, der kalten, warmen, flüssigen, breiigen, halbfeuchten, halbtrockenen und ganz trockenen finden sich eingehende und vortreffliche Angaben, ebenso über die Anwendung von Eis am Krankenbette, über Eiscompressen und Eisblasen, sowie Bügelgestelle (ähnlich den jetzigen Reifenbahren) und quer über das Bett gespannte Tonnenreifen, an denen die Eisblase aufgehängt wird. Sodann werden erwähnt Breiumschläge mit Hafergrütze, ferner erwärmende Kissen aus Leinwand mit Sand, Kleie, Roggen- oder Bohnenmehl, Kamillen- oder Fliederblumen, aromatischen Kräutern gefüllt, das Hineinstecken ganzer Körpertheile in warmen Sand oder erwärmte Kleie, Einwickelungen mit baumwollner Watte oder lockerer Kammwolle, die mit Leinwand oder einer Flanellcompresse befestigt wird. Von Pflastern: Heftpflaster, Senf- und Blasenpflaster. Gegen das Durchliegen dient ein weich-gegerbtes Hirschleder, eine Elendshaut, bei geringen Mitteln ein kleines wohlfeiles Rehfell. Auf dieses Hilfsmittel des Krankencomforts hatte, wie oben erwähnt, bereits Pfähler (1793) hingewiesen.

Den aufblasbaren Luftkissen, welche gerade um das Jahr 1830 in die Krankenpflege eingeführt wurden, war Dieffenbach abhold. Ein Kranz aus Waschleder (wie ihn schon May 1784 empfiehlt), mit Pferdehaaren nicht sehr dick gestopft, ist ihm die beste Unterlage für das Kreuz. Gegen das Durchliegen der Hacken empfiehlt er Unterlagen von zusammengefalteten Tüchern unter den Waden, damit die Fersen hohl liegen und kleine gepolsterte lederne Hackenringe, von den ver-

schiedenen Badewannen am meisten die aus Zink hergestellten ihrer Billigkeit, Haltbarkeit und Zweckmässigkeit halber. Für Fussbäder und Handbäder existirten bereits 1832 kleine entsprechend gestaltete Wannen; für die ersteren benutzte man auch die gewöhnlichen Holzeimer des Haushalts, wie sie früher allgemein zum Wassertragen benutzt wurden. Sturz-, Regen-, Tropf- und Spritzbäder (Duschen) wurden auch in der Badewanne verabreicht; dabei wurde das Wasser von einer auf einem Tische stehenden Person auf den Kranken herabgegossen oder der um 1830 eingeführte Schneider'sche Apparat (Plafond-Brause) angewendet.

Fig. 5.



Blick in einen Krankensaal des Jahres 1833.
(London. Bartholomäus-Hospital. Nach einem dort hängenden alten Aquarell.)

Hierzu kommen Dampfkastenbäder nach Kluge, deren Einrichtung den heutigen Dampfkästen vollkommen entspricht, ferner das Hammer'sche Dampfbett (1830), bei welchem von unten her durch eine Metallröhre der Dampf unter die durch einen Bügel angehobene Bettdecke geleitet wird, ähnlich wie heutzutage bei dem Quinke'schen Schwitzbett die heisse Luft. Von Wärmapparaten für Kranke werden ausser den seit alters im Volke gebräuchlichen improvisirten Bettwärmern (heiss gemachter Mauerstein, Dachziegel oder Topfdeckel) als Bauchwärmer zurecht gehauene Steine besonderer Form aus Serpentin und eigens gebrannte Thonsteine, ferner mit heissem Wasser gefüllte Steinkruken erwähnt. Die im vorigen Jahrhundert allgemein benutzten, mit Kohlen gefüllten Wärmebecken wurden um das Jahr

1830 herum, wo insbesondere auch die Cholera zur Verbesserung und Hebung des Krankencomforts erheblich beitrug, gänzlich durch künstliche Metallwärmer mit Heisswasserfüllung verdrängt. Damals kamen zuerst die auch heute noch gebräuchlichen länglichrunden, platten, gebogenen blechernen Bauchwärmer auf, welche mit Stöpsel oder Schraube verschlossen, und mit einem Bande um den Leib befestigt wurden, ferner auch die zinnernen, mit Schraubenvorrichtung und Henkeln versehenen Heisswasserbehälter.

Bei der Wiedergabe der vorstehenden Schilderungen, welche sich an die erwähnten Werke über Krankenpflege aus den dreissiger Jahren anlehnen, haben wir uns auf das Wichtigste beschränkt, da eine eingehendere Behandlung des historischen Materials hier zu weit führen würde. Es dürften jedoch die verzeichneten Angaben hinreichen, um ein zutreffendes und getreues Bild des damaligen Krankencomforts darzubieten. Man kann sich in der That nicht verhehlen, dass die technischen Hilfsmittel der Krankenpflege bereits zu jener Zeit in anerkennenswerther Vervollkommnung und Mannigfaltigkeit ausgebildet waren. Wenngleich aber der Fortschritt, welcher in den ersten Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts auf dem Gebiete des Krankencomforts gemacht wurde, ein sehr bemerkenswerther und in die Augen fallender ist, so ist andrerseits doch zu constatiren, dass man damals noch von einer nach therapeutisch-wissenschaftlichen Gesichtspunkten geordneten, planmässigen Verwendung aller dieser technischen Hilfsmittel, wie sie heutigen Tages geübt wird, weit entfernt war. Man begnügte sich damit die verschiedenartigen Apparate, Geräthe und gegenständlichen Herrichtungen, welche die Technik zur Verfügung stellte, gelegentlich bei der Pflege der Kranken zu benutzen und den gemachten Erfahrungen entsprechend weniger Zweckmässiges durch Geeigneteres zu ersetzen, aber man ging damals noch nicht, wie heute, darauf aus, die gesammte Umgebung des Kranken in eingehender, methodisch durchgeführter Weise den Bedürfnissen des Letzteren anzupassen, um dadurch seine Widerstandsfähigkeit und Genesungsfähigkeit zu erhöhen, oder mit anderen Worten, man erkannte damals noch nicht in vollem Umfange die Bedeutung des Krankencomforts als eines werthvollen, für den Gesammterfolg der Krankenbehandlung nicht zu unterschätzenden, besonderen, direkten Heilfactors. In Uebereinstimmung mit dieser Thatsache steht auch die Wahrnehmung, dass die Krankenzimmer jener Zeit, soweit wir uns ihr Aussehen aus den überlieferten Abbildungen reconstruiren können, den heutigen Ansprüchen an den Krankencomfort noch in keiner Weise genügen; dieselben machen zweifellos einen nicht sehr freundlichen, einen gewissermassen „kahlen“ Eindruck, und es fehlt ihnen fast gänzlich jener auch schon mit geringen materiellen Mitteln erreichbare, dem Kranken so wohlthuende Schmuck, jener ihn erquickende, seine Hoffnung belebende Hauch von Behaglichkeit, welcher nach unseren heutigen Begriffen eine unerlässliche Zugabe bei der Ausstattung der modernen Krankenräume bildet.

Verfolgt man den Inhalt der in der Zeit von 1840—1870 erschienenen Lehrbücher und Leitfäden der Krankenwartung, um aus ihm die inzwischen gemachten Fortschritte des Krankencomforts ersehen zu können, so ergiebt sich die auffallende Thatsache, dass, so schnell und umfangreich die Vervollkommnung dieses Zweiges der Krankenpflege in den ersten Jahrzehnten des Jahrhunderts vor sich gegangen war, nunmehr sich die Fortentwicklung wiederum deutlich verlangsamt. Sie bleibt keineswegs auf dem Dieffenbach'schen Niveau stehen, sondern man bemerkt deutlich hier und da Verbesserungen in den technischen Hilfsmitteln; aber im grossen Ganzen ist das Interesse der Aerzte wie der Behörden mehr den neuen Errungenschaften und Forschungen auf chemisch-physikalischem und mikroskopischem Gebiete zugewendet als der Verbesserung der Hospitaleinrichtungen und der Fürsorge für die Behaglichkeit und Bequemlichkeit der Kranken. Allerdings sei dem gegenüber betont, dass auf dem Gebiete der personellen Krankenwartung in dem bezeichneten Zeitraum ein ausserordentlicher Aufschwung und eine bedeutsame Vervollkommnung erzielt wurde, insbesondere durch die Begründung von Diakonen- und Diakonissenanstalten in den protestantischen Ländern, und durch die Verwendung grösserer Sorgfalt auf die Heranbildung geeigneter weltlicher Kräfte für die Krankenpflege in den grösseren städtischen Krankenanstalten. Von deutschen Aerzten, welche während jener Zeit durch geeignete Schriften und Lehrbücher auf die Entwickelung und Ausbreitung des Krankencomforts einen erkennbaren Einfluss geübt haben, seien hier genannt Dieffenbach's Schüler Gedicke, ferner Ravoth, Kunersdorf, Stahmann und Grätzer.

In höherem Maasse als in Deutschland entwickelte sich in den vierziger und fünfziger Jahren der Krankencomfort in England, wo die Bestrebungen die verschiedenen Zweige der Krankenpflege zu möglichster Vollkommenheit zu bringen, überhaupt stets einen besonders günstigen Boden gefunden haben. Wesentlich gefördert wurde die Weiterentwickelung des Krankencomforts daselbst durch die erfolgreiche und energische Wirksamkeit einiger durch ihre aufopfernde Fürsorge für die Kranken berühmt gewordener Krankenpflegerinnen, von welchen hier in erster Linie Mss. Frey, A. Jones, Fl. Nightingale zu nennen sind.

Eine ausserordentliche Umwälzung im Hospitalwesen und damit auch in der Gestaltung des Krankencomforts vollzog sich sodann infolge der Ausbreitung der antiseptischen Methode in allen Culturstaaten. Der Einfluss, welchen das Eindringen des neuen Verfahrens auf die Handhabung der Krankenpflegetechnik und des Krankencomforts äusserte, machte sich insbesondere nach zwei Richtungen hin geltend: erstens in der peinlichen Fernhaltung und Vermeidung aller nicht absolut nothwendigen Gegenstände in den Krankenräumen, in der Absicht die Krankenunterkünfte möglichst staubfrei und leicht desinficirbar zu gestalten, zweitens in der Verwendung nur solcher Materialien zur Herstellung der unentbehrlichen Geräthschaften des Krankencomforts, welche einer ausgiebigen antiseptischen Behandlung zugänglich und gewachsen sind.

Diese Bestrebungen hatten in der weiteren Folge auf der einen Seite die Wirkung, dass durch die erhöhte Fürsorge für geeignete Reinigung und Lüftung der Krankenzimmer der Krankencomfort gefördert wurde, insofern sich die Kranken bei der gesteigerten Sorgfalt, die man ihnen in hygienischer Beziehung zu Theil werden liess, nicht nur geistig und körperlich wohler befanden und die Zahl der Hospitalinfectionen auf ein Minimum herabsank; auf der andern Seite aber litt der Comfort der Kranken dadurch Noth, dass man in dem übereifrigen Bemühen, nur ja jedes Stäubchen auszutilgen, die Krankenräume von Allem gänzlich entblösste, was über das Maass des unbedingt Nothwendigen ein Wenig hinausgeht, aber doch eine günstige Wirkung auf das Befinden des Kranken und seine Widerstandsfähigkeit äussern kann, weil es ihm Annehmlichkeit, Bequemlichkeit, ja bei allen Sorgen und Kümmernissen, die durch die Erkrankung hervorgerufen werden, sogar ein gewisses Gefühl der Behaglichkeit zu verschaffen vermag. Die Consequenz dieser Verhältnisse war, dass die Krankenräume in ihrem Inneren wiederum jene abstossende Leere und Kahlheit zu zeigen begannen, welche ihnen, wie oben geschildert, schon hundert Jahre zuvor ein unerfreuliches Gepräge verliehen hatten und dem Kranken den Aufenthalt im Hospitale verleideten. Sie waren auf dem besten Wege wiederum das Ansehen gefängnissartiger Bauten anzunehmen, deren Einwirkung auf das Gemüth und den Zustand des Kranken Nichts von ihrer Unzuträglichkeit und Unzweckmässigkeit dadurch einbüsste, dass der Fussboden nunmehr statt der früheren Holzdielen mit Terrazzo bekleidet, die Wände der Krankenzimmer nicht tapeziert, sondern mit Oelfarbe gestrichen, die Betten statt von Holz von Eisen und die Tische mit Glasplatten gedeckt waren. So lagen die Verhältnisse, als im Jahre 1890 E. v. Leyden und M. Mendelsohn ihre erfolgreichen Bestrebungen begannen, den Kranken aus therapeutischen Gesichtspunkten eine angenehmere und freundlichere Umgebung zu schaffen und ihnen ein erhöhtes Maass von Bequemlichkeit und Behaglichkeit darzubieten, Bestrebungen, welchen in erster Linie der bedeutsame Aufschwung auf dem Gebiete des Krankencomforts zu verdanken ist, in welchem wir gegenwärtig in Deutschland begriffen sind, und welche insbesondere die Aufmerksamkeit auch der ärztlichen Kreise auf dieses von ihnen bis dahin so sehr vernachlässigte Arbeitsgebiet hingelenkt haben.

### 3. Umfang und Ziele der Fürsorge für den Krankencomfort. Krankencomfort im Hospital und im Privathause.

Die Fürsorge für den Krankencomfort verfolgt gegenwärtig in der Hauptsache zwei Ziele: Erstens sucht sie für die Räume, in welchen die Kranken sich während der Dauer ihrer Erkrankung befinden, eine derartige innere Einrichtung und Ausstattung zu schaffen, dass auf der einen Seite zwar den Ergebnissen der hygienischen Forschungen in nach-

drücklicher Weise Rechnung getragen wird, auf der andern Seite aber auch die als ebenso nothwendig erkannte Rücksichtnahme auf das körperliche und seelische Wohlbefinden der Kranken durchaus zu ihrem Rechte gelangt. Zweitens bemüht sie sich für die Kranken in möglichst umfassendem Maasse diejenigen technischen Hilfsmittel der Krankenpflege zur Verfügung zu stellen, welche es ermöglichen, dass alle Maassnahmen an dem kranken Individuum, welche in den Bereich der Krankenpflege gehören, zwar in zweckmässiger, aber doch in einer möglichst schonenden, bequemen und rücksichtsvollen Weise zur Ausführung kommen. Der Einwurf, dass es sich bei diesen Bestrebungen um eine unberechtigte Verwöhnung oder Verweichlichung der Kranken handelt, kann nicht scharf genug zurückgewiesen werden; denn ein Kranker kann es eigentlich gar nicht gut genug haben, und man sollte glauben, dass ein Jeder ohne Ausnahme, der selbst einmal in seinem Leben eine ernstere Erkrankung durchgemacht hat, sich von dem wohlthuenden Nutzen und dem therapeutischen Werth dieser Bestrebungen zu überzeugen hinlänglich Gelegenheit hatte. Ungleich berechtigter erscheint ein anderer Einwand, welcher gegen die weitere Ausbreitung dieser Bestrebungen ins Feld geführt werden könnte; es ist dies der Hinweis auf die mit der Durchführung derselben untrennbar verbundenen grösseren materiellen Aufwendungen für die Zwecke der Krankenfürsorge und Krankenbehandlung. Jedoch auch dieser Einwand ist in der letzten Zeit angesichts der grossen Vortheile, welche eine reichere und comfortablere Ausstattung der Kranken-Unterkünfte für die Erfolge der Krankenbehandlung gewährt, mehr und mehr verstummt, und es ist mit Genugthuung zu constatiren, dass insbesondere die Krankenhaus-Verwaltungen in den grösseren Städten sich gegenwärtig darin zu übertreffen suchen, dass sie für die Zwecke der öffentlichen Krankenpflege wahre Paläste erbauen, in welchen auch auf die Schaffung und Bereitstellung eines den modernen Anforderungen entsprechenden Krankencomforts in ausgedehntem Maasse Rücksicht genommen wird. Ja, diese Rücksichtnahme ist heute an manchen Orten eine so weit gehende, dass das tief im Volke eingewurzelte, noch aus alten Zeiten stammende Vorurtheil gegen die öffentlichen Krankenanstalten sich in den letzten Jahren mehr und mehr verloren hat und der richtigen Erkenntniss gewichen ist, dass ein Kranker, der nicht dem Kreise der Wohlhabenden angehört und über reichliche materielle Mittel verfügt, an keinem Orte während der Dauer seiner Erkrankung eine so gute und zweckentsprechende Unterkunft findet als in einem unserer grossen öffentlichen Hospitäler. Es giebt kein zwingenderes Document für den hohen Werth der weiter oben erwähnten von wissenschaftlicher Seite ausgegangenen Anregungen als die Wahrnehmung, dass sich in einem Zeitraume von nur wenigen Jahren ein so erheblicher Umschwung und Aufschwung auf dem Gebiete des Krankencomforts vollzogen hat. Die allgemeine, sich in immer weiteren Kreisen bahnbrechende Anerkennung der Thatsache, dass die Gesammtheit der technischen Hilfsmittel der Krankenpflege

in ihrer Anwendung am Krankenbette einen wesentlichen direkten Heilfactor repräsentirt, welchen man dem Kranken in möglichst ausgedehntem Maasse zur Verfügung zu stellen bemüht sein muss, zeigt auf das deutlichste, ein wie erspriessliches und erfolgreiches Feld der Krankenfürsorge der weiteren Bebauung erschlossen worden ist.

In den nachfolgenden Ausführungen, welche sich zum Ziel gesetzt haben das gegenwärtige Niveau des Krankencomforts sowie die Ergebnisse neuerer Bestrebungen auf diesem Gebiete der Krankenpflege eingehender zu schildern, dürfte es sich als zweckmässig erweisen den Krankencomfort, wie er in einem modernen Hospitale zur Verfügung steht, und den Krankencomfort, wie er für die Pflege eines Kranken im Privathause erforderlich ist, in gesonderter Betrachtung abzuhandeln, weil die Verhältnisse des Krankenhauses schon dadurch von den Verhältnissen im Privathause in sehr erheblicher Weise abweichen, dass in einem Hospitale ja von vornherein Alles auf die Bedürfnisse kranker Menschen zugeschnitten ist und die Krankenpflege den eigentlichen Zweck des Krankenhauses darstellt, während im Privathause, welches einen Kranken beherbergt, erst beim Beginne der Erkrankung alle Hilfsmittel des Krankencomforts in Bereitschaft gesetzt werden, und hier das Maass an Krankencomfort, welches dem Kranken dargeboten werden kann, ein ausserordentlich wechselndes und von äusseren Umständen abhängiges ist.

## 4. Fürsorge für den Krankencomfort im Hospital.

### a) Innere Einrichtung und Ausstattung der Krankenräume.

Die Krankenräume, welche in den Hospitälern zur Unterbringung und Beherbergung der kranken Individuen bis zu ihrer Wiederherstellung zur Verfügung stehen, unterscheiden sich in erster Linie dadurch von den Krankenräumen des Privathauses, dass in ihnen nicht nur ein einziger Kranker, sondern mehrere derselben in einem Raume untergebracht werden. Hieraus ergiebt sich die Nothwendigkeit die einzelnen Krankensäle in einer solchen Grösse zu wählen, wie sie der Zahl der in dem betreffenden Raume dauernd unterzubringenden Kranken, bezw. der Bettenzahl, entspricht. Die Grösse der Krankenräume ist demgemäss in den Hospitälern eine sehr verschiedene, da die Ansichten darüber, wie viele Kranke man in demselben Raume zu gleicher Zeit betten dürfe, ohne dadurch für den einzelnen Kranken zu erhebliche Nachtheile hervorzurufen, auch heute noch sehr auseinandergehen. Indessen hat sich, entgegen den früheren Anschauungen, doch mehr und mehr die Ueberzeugung Bahn gebrochen, dass man im Allgemeinen gut daran thut in den Hospitälern lieber eine grössere Anzahl entsprechend kleinerer Räumlichkeiten mit verhältnissmässig geringerer Bettenzahl für die Unterbringung der Kranken zur Verfügung zu stellen,

als eine kleinere Zahl sehr grosser Krankensäle mit vielen Betten. Das Idealste wäre es ja, wenn man in der That auch in den Krankenhäusern einem jeden einzelnen Kranken ein eigenes Zimmer mit nur einem Bett überweisen, und auf diese Weise die unleugbaren Nachtheile, welche sich für den einzelnen Insassen durch das Zusammenliegen mehrerer Kranker, besonders Schwerkranker, in einem Raume ergeben, gänzlich in Fortfall bringen könnte. Allein der Verwirklichung einer solchen Forderung, welche keineswegs neu, sondern, wie aus unserer geschichtlichen Betrachtung hervorgeht, bereits vor langer Zeit von hervorragenden Kennern des Hospitalwesens erhoben wurde, stehen bis auf Weiteres aus materiellen Gründen unüberwindliche Schwierigkeiten entgegen; auch muss ein solches Verlangen noch aus anderen Erwägungen, von welchen noch weiterhin die Rede sein wird, als ein übertriebenes bezeichnet werden. Zunächst ist geltend zu machen, dass die grossen öffentlichen Krankenhäuser an ihrer vornehmlichsten Bestimmung eine Zufluchtstätte für solche Kranke darzustellen, welche geeigneter Räumlichkeiten daheim ermangeln, also für mehr oder weniger unbemittelte Kranke, festhalten müssen. Es ist nicht zu verlangen, dass die öffentlichen Hospitäler ihren Insassen in jeder Beziehung dieselben Vortheile und die weitgehende Annehmlichkeit darbieten sollen, welche sich der mit irdischen Gütern reichlich gesegnete Privatmann im Erkrankungsfalle verschaffen kann. Es ist doch zu berücksichtigen, dass sich das Gros der Insassen der öffentlichen Krankenanstalten aus Personen recrutirt, welche an eine einfachere Lebenshaltung gewöhnt sind. Andrerseits ist es jedoch vom Standpunkte einer wissenschaftlich geordneten Krankenpflege durchaus nothwendig die Unzuträglichkeiten, die in den Krankenhäusern für den einzelnen Kranken durch die Gemeinsamkeit des dauernden Aufenthaltsraumes mit einer grösseren Zahl anderer Kranker erwachsen, sich zu vergegenwärtigen und sie, soweit irgend angängig, durch eine zweckentsprechende Einrichtung und Ausstattung der Krankenräume zu mildern. Diese Nachtheile, welche sich besonders bei grösserer Bettenzahl eines Krankensaales geltend machen, sind erhebliche und mannigfaltige.

Zunächst ist ohne Weiteres zuzugeben, dass die Reinheit und gesundheitliche Qualität der Luft in den Krankenräumen neben anderen Factoren auch in hohem Grade von der grösseren oder geringeren Zahl der in dem betreffenden Raume dauernd untergebrachten Kranken abhängig ist. Selbst bei sorgfältiger Anlage und Handhabung der Lüftungsvorrichtungen wird die den Insassen sich darbietende Athmungsluft immer ein geringeres Maass von Verunreinigungen und Beimischungen enthalten, wenn der Raum mit weniger Betten belegt und die Gelegenheit zur Aufnahme von Bestandtheilen der Ausdünstungen, Ausathmungen und Entleerungen der Kranken seltener ist. Ferner werden beim Zusammenliegen mit einer grösseren Anzahl von Kranken den einzelnen Individuen leicht Einwirkungen vermittelt, welche das psychische Wohlbefinden der Kranken ungünstig beeinflussen. Es ist

ausser Frage, dass schon der blosse Anblick einer Reihe Schwerkranker mit ihrem leidenden Gesichtsausdruck und ihren oft von Schmerz und Kummer erfüllten Mienen, der ja, wie wir uns täglich überzeugen können, schon viele gesunde Menschen ängstigt und abstösst, den Kranken, welcher unangenehmen Eindrücken gegenüber noch um vieles empfindlicher ist, mit Furcht und Grauen zu erfüllen vermag. In gleicher Weise wirkt auch die Wahrnehmung von Blut, Eiter, chirurgischen Instrumenten etc. höchst beunruhigend auf kranke Personen ein, ebenso wie das Geräusch fortwährenden Hustens, Stöhnens und Wehklagens Schwerkranker. Sodann erscheint es nothwendig, dass dem Schamgefühl der Kranken in höherem Maasse Rechnung getragen werde, als dies möglich ist, wenn in einem grösseren Krankenraume eine grosse Reihe belegter Krankenbetten vollkommen frei nebeneinander stehen. Es leuchtet ein, dass es für viele Kranke mit sehr peinlichen Empfindungen verbunden sein muss, wenn sie sich, allen Regeln des sonst gewohnten Anstandes zum Trotz, in die Nothwendigkeit versetzt sehen, vor einer verhältnissmässig grossen Anzahl fremder Zuschauer ihren Urin und Stuhlgang zu entleeren und bei der Vornahme nothwendiger ärztlicher Untersuchungen oder der Ausführung gewisser Handreichungen von Seiten der Krankenwartung, wie bei Darmeingiessuugen, beim Katheterismus etc. ihren Körper coram publico vollständig zu entblössen. Dass derartige Situationen das psychische Gleichmaass der Kranken erheblich zu tangiren vermögen, begreift sich besonders, wenn man bedenkt, dass eine nicht geringe Zahl von Individuen überhaupt nicht in der Lage ist, in Gegenwart auch nur einer einzigen anderen Person, mag sie selbst der Arzt oder Krankenpfleger sein, eine Harnentleerung oder Defäcation zu bewerkstelligen.

Alle diese Nachtheile lassen sich schon dadurch wesentlich mildern, dass man die Bettenzahl in den Krankenräumen herabsetzt. Die höchste Krankenzahl, welche gegenwärtig in einem Raume für statthaft gilt, beträgt 20—30, jedoch ausschliesslich für Barackenbauten, während man in den eigentlichen Krankenhaussälen gewöhnlich eine Belegzahl von nur ca. 10 Krankenbetten wählt. In einer nicht geringen Anzahl neu erbauter Krankenhäuser, besonders in Specialkrankenhäusern, ist die Bettenzahl der einzelnen Krankenräume mit Erfolg auf nur 4 bis 6 beschränkt worden. Was die Grösse der Krankensäle anlangt, so rechnet man gewöhnlich auf das Bett einen Flächenraum von 8 bis 9 qm und einen Luftraum von 35—40 cbm. Die Höhe der Krankensäle beträgt meist 4—5 m (Ruppel).

Um die schädlichen, psychischen Eindrücke abzuschwächen, welche durch das Zusammenliegen mehrerer Kranker in einem Raume veranlasst werden können, hat man die Anbringung verschiedenartiger Trennungs-Vorrichtungen in den Krankensälen vorgeschlagen. Ganz verlassen ist heute die Erbauung sogenannter Bettalkoven, bei welchen die Krankenbetten mit aus Backsteinen aufgeführten, hüttenartigen Ummauerungen versehen sind, da bei der Anwendung derselben sowohl der Zutritt frischer

Luft zum Krankenbette behindert wird, als auch die entstehenden Winkel und Ecken einer hinreichenden Reinigung und Desinfection schwer zugänglich sind. Aus den gleichen Gründen ist auch die Umgebung der Krankenbetten mit einem vermittelst eines Stangengerüstes am Plafond befestigten Gardinenviereck, einem sogenannten Betthimmel, aufgegeben worden. Hingegen werden in den modernen Krankenhäusern noch vielfach die transportablen Bettschirme verwendet, welche nur zeitweise in zusammengelegtem Zustande in die Krankensäle hineingebracht werden und so construirt sind, dass sie nach dem Auseinanderklappen von Seiten der Krankenwartung um das Bett herum Aufstellung finden können.

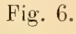
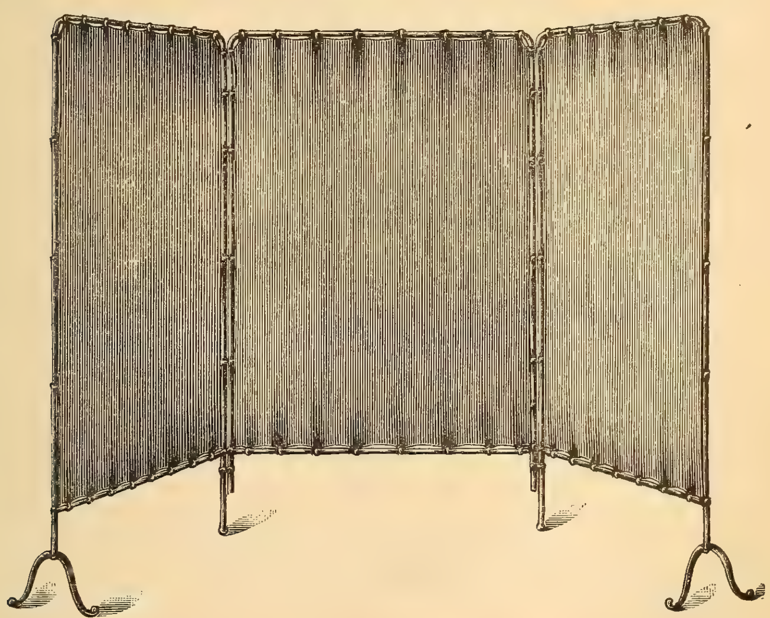


Fig. 6.



Transportabler Bettschirm für Krankenhäuser.

Diese Apparate haben jedoch recht erhebliche Nachtheile, insofern der häufige Transport in den Krankensaal und aus ihm heraus ausserordentlich umständlich ist, und ihre Aufstellung vielfach zu Störungen und Unruhe in den Krankenräumen Veranlassung giebt. Auch sind sie zu leicht dem Einstauben ausgesetzt. Will man sich daher dieses Separationsmittels bedienen, so empfiehlt es sich nur solche Bettschirme zu verwenden, welche aus mehreren viereckigen eisernen Rahmen (nicht Holzrahmen!), die mit Leinwand, Segeltuch oder, wie ich vorschlagen möchte, mit Gummistoff bespannt werden, zusammengesetzt sind. Wird Leinwand oder Segeltuch verwendet, so müssen die Bettschirme so construirt sein, dass der Stoff jederzeit leicht aus dem Rahmen ent-

fernt und erneuert werden kann. Am besten ist es, wenn der Stoff an einigen Knöpfen der Eisenrahmen angeknöpft wird (Fig. 6). Ferner ist Sorge dafür zu tragen, dass die Bettschirme genügend fest auf dem Boden stehen, um das sehr störende Umfallen zu vermeiden. Zweckmässiger jedoch als die transportablen Bettschirme dürfte eine Vorrichtung sein, welche M. Mendelsohn als Separationsmittel empfohlen hat (Comfort d. Kranken pag. 56). Es sind dies die in den Krankenhäusern noch viel zu wenig angewendeten Krankenbett-Portièren (Porte-rideaux), wie sie in französischen Hospitälern oft zu finden sind. Sie bestehen aus einer zwischen je 2 Betten von der Wand aus in das Innere des Krankensaales verlaufenden Metallstange, an welcher eine in Ringen hängende Gardine angebracht ist, die durch Schnüre vor- und zurückgezogen werden kann. Da die Gardine nur vorübergehend ausgebreitet zu werden braucht, so fällt der der Luftventilation ungünstige Einfluss der dauernden Bettvorhänge bei ihrer Anwendung fort. Die Handhabung der Schnüre kann man den Kranken selbst überlassen, jedoch natürlich auch, wo dies nothwendig wird, das Pflegepersonal damit betrauen. Ich halte es für zweckmässig, die horizontale Eisenstange in einer Höhe von ca. 2 m über dem Boden anzubringen, damit sie weder den Arzt bei der Untersuchung des Kranken noch das Pflegepersonal bei seinen Handreichungen am Krankenbette behindert. Auch bei dieser Vorrichtung ist es nothwendig einen leicht desinficirbaren Stoff zu wählen und ihn so zu befestigen, dass er mühelos entfernt, bezw. erneuert werden kann.

Die Wände der Krankensäle werden jetzt in den Krankenhäusern nirgends mehr mit Tapeten bekleidet, da die Desinfection derselben umständlich und schwer zu erreichen ist. Vielmehr wird allgemein der Anstrich mit Oel- oder Emailfarbe verwendet, welcher ein häufiges Abwaschen mit Seifen- oder Carbolwasser gut verträgt. An denjenigen Stellen, an welchen die Wände den Plafond und den Fussboden berühren, ist man bemüht, alle winkligen Knickungen zu vermeiden, da sich dieselben als besondere Staubfänger und als sehr schwer desinficirbar erwiesen haben; man wählt statt dessen an den Berührungsstellen allgemein abgerundete Ecken. Die Verwendung von Holzleisten an der Grenze zwischen Plafond und Wand oder Fussboden und Wand zur Dichtung oder Verzierung erscheint nach unseren heutigen Begriffen völlig ausgeschlossen. Hingegegen kann man, um die Wände der Krankenräume nicht allzu kahl und monoton erscheinen zu lassen, durch Verwendung zweier verschiedener Farbentöne beim Anstrich, auch durch Bemalung mit einer einfach gemusterten Bordüre und Anbringung einiger einfacher Blatt- oder Blumenornamente für einige Abwechslung Sorge tragen. Die Grundfarbe der Wände muss jedenfalls eine helle sein, da dunkele Farben auf das Gemüth des Kranken ungünstig einwirken und ihn traurig stimmen, überdies auch die Helligkeit des Krankenzimmers, welche ja besonders im Hinblick auf die Beobachtung des Kranken durch Arzt und Pflegepersonal unumgänglich

nothwendig ist, beeinträchtigen. Auf der andern Seite hinwiederum darf man nicht eine zu helle Farbe für die Wände des Krankensaales wählen, da die Kranken sonst durch den zu grellen Lichtreflex geblendet würden; am meisten rathsam ist die Verwendung zarter hellgrauer, hellblauer oder hellgrüner Farbentöne. Gelbe, röthliche und intensiver grüne Farben sind nicht empfehlenswerth, da sie auf die Krankenbetten einen farbigen Reflex werfen, der das Urtheil des Arztes über die Hautfärbung des Kranken irrezuführen vermag. Auch der Plafond der Krankenräume muss mit Oelfarbe gestrichen sein, und ist für diesen Zweck ein mattweisser Farbenton am geeignetsten. Stuckverzierungen müssen vermieden werden, da sich der Staub gern in ihnen festsetzt, und sie nur schlecht gereinigt werden können; das Gleiche gilt von vorspringenden Deckenbalken. Jedoch lassen sich auch an den Decken der Krankenräume mit Vortheil einige einfach gehaltene gemalte Verzierungen (Felder, Sternmuster) anbringen, wodurch die grosse Fläche belebt und der freundliche Eindruck des Raumes erhöht wird.

Der Fussboden der Krankenräume wird heutzutage immer seltener aus Holz hergestellt, da derselbe vielfachen Verunreinigungen ausgesetzt ist und oft mit Ansteckungsstoffen in Berührung kommt, welche das Holz leicht aufnimmt, aber schwer wieder abgiebt. Insbesondere können sich in den gröberen Ritzen gedielter Fussböden leicht Infectionskeime festsetzen. Gelangt daher jetzt noch Holzboden zur Verwendung, so wählt man ausschliesslich Hartholz (Eichen- oder Kiefernholz), welches sich leichter reinigen lässt und widerstandsfähiger ist. Ungleich zweckmässiger jedoch sind für die Krankensäle in den Hospitälern, wie man jetzt allgemein anerkannt hat, die Steinfussböden, welche entweder aus den sogenannten Mettlacher Platten oder aus Terrazzo oder aus Torgament (Gussstein) hergestellt werdan. Am besten sind diejenigen Fussböden, welche weder Ritzen noch Fugen haben wie die Letztgenannten. Jedoch haben alle Steinfussböden den einen Nachtheil, dass sie für die Kranken zu kalt sind, und man thut daher gut, ihre Kälte durch einen geeigneten Belag mit gewachstem Linoleum oder durch Anlage von Fussbodenheizung zu mildern.

Die Fenster der Krankensäle wählt man heutzutage möglichst hoch und möglichst breit, um den Krankenräumen recht viel belebendes Sonnenlicht und frische Luft zuführen zu können. Die Zahl der Fenster eines Krankensaales hängt natürlich von seiner Grösse ab. Jedenfalls müssen die Fenster so auf die Wände vertheilt sein, dass nicht die eine Hälfte des Krankensaales sich allen Lichtes erfreut, während in der anderen Dunkelheit herrscht. Ueberhaupt zeigt sich neuerdings das Bestreben, die Krankenräume nicht nur von einer Seite her, sondern von mehreren Seiten aus zu belichten. So wünschenswerth es nun auch ist, dass die Krankensäle möglichst hell und luftig sind, so ist doch bei der Anordnung der Fenster, bezw. bei der Aufstellung der Krankenbetten darauf Bedacht zu nehmen, dass die Sonne nicht den Kranken dauernd ins Gesicht strahlt und sie blendet; man stellt daher die Krankenbetten bei einseitiger Belichtung so, dass das Fensterlicht von der Seite her

auf das Krankenbett fällt, bei zweiseitiger Belichtung hingegen so, dass das Kopfende der Krankenbetten an der gefensterten Wand steht. Die Fenster selbst werden gewöhnlich als Doppelfenster angelegt; da diese den Krankenraum besser gegen die Einflüsse der Witterung, gegen Erhöhungen und Erniedrigungen der Aussentemperatur abschliessen. Fensterrahmen und Fensterkreuze aus Schmiedeeisen verdienen vor den hölzernen entschieden den Vorzug, da die letzteren leicht verquellen und nicht so dicht schliessen. Die Fenster müssen so eingerichtet sein, dass sich die oberen Flügel, welche in hervorragendem Maasse zur Lüftung benutzt werden, für sich allein öffnen lassen, und zwar so, dass das Zuströmen der Aussenluft beliebig regulirt werden kann, was man am besten durch die Einrichtung verstellbarer Kippfenster erreicht. Auch sonst empfiehlt es sich, einige Fensterscheiben in sogenannte stellbare Glasjalousien umzuwandeln, deren einzelne parallele Glasplatten im ganz offenen Zustande horizontal stehen, während sie im geschlossenen Zustande vertikal gerichtet sind und sich dachziegelförmig decken. Für die Innenfenster verwendet man zweckmässig etwas stärker grünliche, gemattete, mit paralleler Längsriefung versehene Scheiben, sogenanntes Catedralglas, welches die zu intensiven Sonnenstrahlen abwehrt. Diesen Zweck erreicht man ferner durch leicht waschbare und leicht abnehmbare leinene Fenstervorhänge, die nach Belieben vor- und zurückgezogen werden können, am besten von hellgrüner, hellblauer oder hellgrauer Farbe. Häufig werden auch an der Aussenseite der Fenster, um die Sonnengluth von den Krankenräumen abzuhalten, sogenannte Rolljalousien aus grüngestrichenen Holzstäben oder Stoffmarquisen angebracht, die vermittelst verstellbarer Eisenstäbe regulirt werden; von hölzernen Fensterläden, wie sie früher allgemein gebraucht wurden, ist man hingegen jetzt ganz zurückgekommen, da sie unbequem zu handhaben sind.

Die Thüren der Krankensäle werden gewöhnlich an denjenigen Wandseiten der Räume angebracht, an welchen sich keine Fenster befinden, da alsdann das Eintreten von Zugwind beim plötzlichen Oeffnen der Thür eher vermieden wird. Sie müssen vor Allem genügend breit sein, um die Krankenbetten und die grösseren Geräthschaften des Krankencomforts in bequemer Weise durch sie hindurchtransportiren zu können; ihre Breite ist daher auf mindestens 1 m festzusetzen. Ferner ist zu betonen, dass die einflügeligen Thüren für das Pflegepersonal bequemer zu handhaben sind als die zweiflügeligen, und dass das Oeffnen und Schliessen der ersteren sich schneller und geräuschloser bewerkstelligen lässt als das der letzteren. Thürschwellen sind mit Rücksicht auf die Unbehilflichkeit vieler Kranker und überhaupt im Hinblick auf einen möglichst schonenden Krankentransport zu vermeiden. Die Thüren werden gewöhnlich aus Holz hergestellt, welches mit Oelfarbe übermalt wird; sie müssen möglichst glatt sein, ohne vorspringende Leisten und Verzierungen, damit es möglich ist, sie gründlich zu reinigen. Neuerdings verwendet man auch schon vielfach steinerne Thürfüllungen.

Die Krankenbetten stehen gewöhnlich parallel zu einander in Reihen

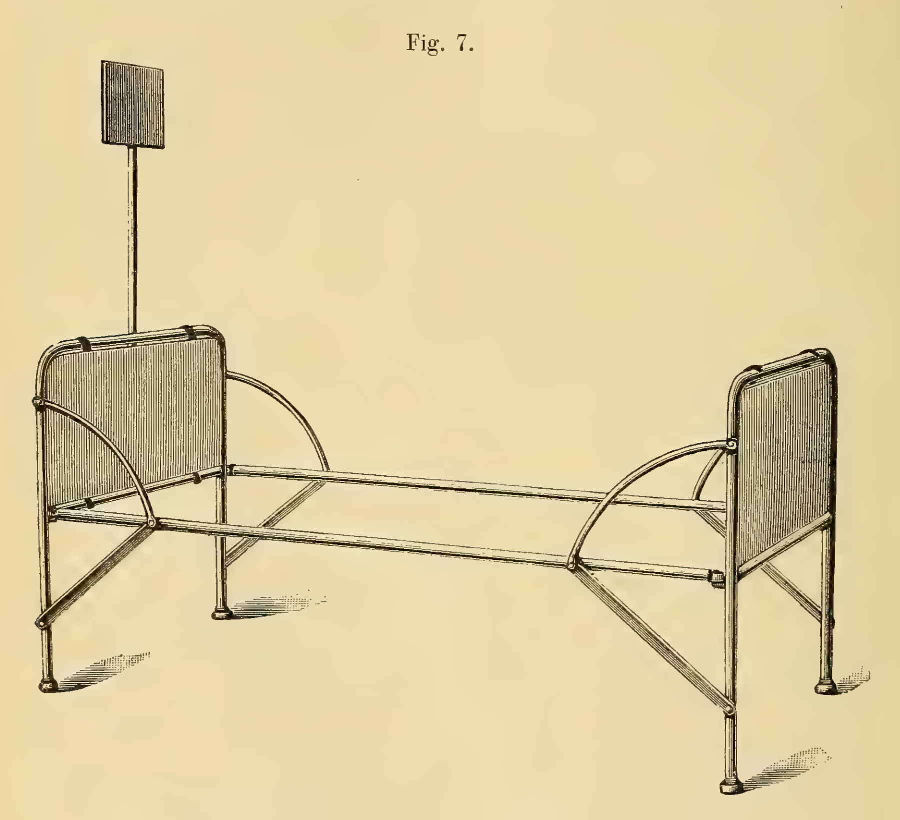
angeordnet an zwei gegenüberliegenden Seiten des Krankenraumes. Die am Kopfende befindlichen Querseiten der Krankenbetten liegen durchgehends der Wand an, so dass die Fussenden der Krankenbetten nach der Mitte des Saales hin gerichtet und die Betten von drei Seiten aus gut zugänglich sind, eine Forderung, die im Interesse der ärztlichen Untersuchung und der bequemen Ausführung von Handreichungen der Krankenwartung unbedingt erfüllt sein muss. Die einzelnen Betten müssen einen genügend grossen Zwischenraum zwischen sich lassen, damit Arzt und Krankenpersonal sich bei ihren Maassnahmen am Krankenbett ungehindert bewegen können.

An der Seite eines jeden Krankenbettes empfiehlt es sich in Räumen, in welchen kein Linoleum liegt, eine wollene glatte Fussbodendecke zu placiren, welche leicht desinficirt werden kann, um Erkältungen der Kranken beim Verlassen des Bettes zu verhüten. Auf der rechten Seite jedes Bettes am Kopfende findet ein Nachttisch seinen Platz. An der der Wand zugekehrten Seite eines jeden Krankenbettes wird in der Mitte eine verticale Eisenstange angebracht, welche an ihrem oberen Ende eine schwarze Holztafel trägt, die sogenannte Betttafel, auf welcher der Name des Kranken mit Kreide vermerkt wird.

Die Krankenbetten selbst werden, wie heutzutage die meisten grösseren Geräthschaften des Krankencomforts, ausschliesslich aus Eisen hergestellt, welches einen Anstrich von Emailfarbe erhält. Sie haben gewöhnlich eine Länge von ca. 2 m, um ein bequemes Ausstrecken des Körpers selbst bei grossen Kranken zu ermöglichen. Die Breite des horizontalen Bettrahmens wählt man zu 85—90 cm. Es ist von grosser Wichtigkeit, dass die Krankenbetten weder zu breit noch zu schmal sind. Aus zu schmalen Krankenbetten können Schwerkranke, insbesondere solche, deren Sensorium benommen ist, leicht herausfallen, auch bieten sie keinen genügenden Raum für die sachgemässe Unterbringung von Apparaten oder Geräthschaften des Krankencomforts, welche häufig bei der Pflege der Kranken im oder am Krankenbette zur Aufstellung gelangen. Andererseits dürfen die Krankenbetten die Breite von 1 m nicht überschreiten, da sonst sowohl die ärztliche Untersuchung wie die Ausführung von Vornahmen der Krankenbehandlung und Krankenpflege sehr unbequem und beschwerlich sein würde. Aehnliche Erwägungen machen sich geltend für die Bestimmung der geeigneten Höhe des horizontalen Bettrahmens über dem Fussboden. Man wählt diese Distanz jetzt allgemein zu 60—70 cm. Liegt der Bettrahmen zu hoch, so wird dadurch das richtige Lagern des Kranken, ferner die Anlegung von Verbänden etc. für die Krankenwartung erschwert, und ebenso auch das Verlassen des Bettes seitens des Kranken. Liegt der Bettrahmen hingegen zu niedrig, so muss sich Arzt und Pflegepersonal bei der Hilfeleistang am Krankenbette zu sehr herabbeugen, was insbesondere, wenn es sich um länger dauernde Verrichtungen handelt, überaus anstrengend und unerträglich werden kann. Auch wird die Reinigung des Fussbodens unterhalb der Krankenbetten durch eine

zu niedrige Lage des Bettbodens unnöthig erschwert, ein Umstand, der in Hinsicht auf die gründliche Beseitigung von Staub und Ansteckungsstoffen in den Krankenräumen sehr ins Gewicht fällt. Die Krankenbetten (Fig. 7) bestehen somit zumeist aus zwei verticalen, parallel stehenden, hufeisenförmiggebogenen Eisenstäben, eisernen Röhren (Gasrohr) oder aus nahtlosen Stahlröhren (Mannesmannrohr), welche durch den in sie eingefügten horizontalen eisernen Bettrahmen in ihrer Lage zu einander fixirt werden. Die verlängerten vier Schenkel der beiden Hufeisen

Fig. 7.



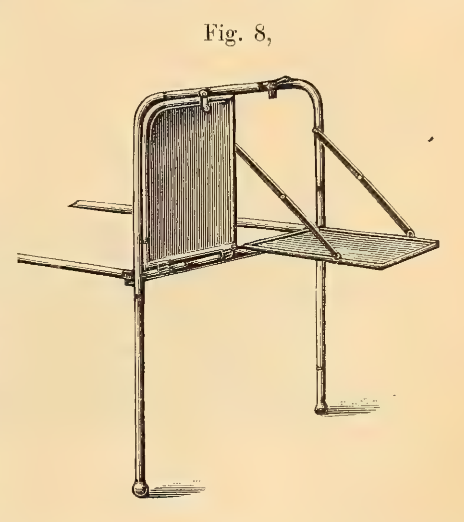
Typus eines modernen eisernen Hospitalbettes mit Kopf- und Fuss-Einsatzplatten und Betttafel.

stellen die Bettfüsse dar, an deren auf dem Fussboden stehenden Enden man früher allgemein eiserne Rollen anbrachte, um die Krankenbetten leichter beweglich zu machen. In letzterer Zeit ist man jedoch von der Verwendung dieser drehbaren Rollen an den Krankenbetten mehr und mehr zurückgekommen, da es sich herausgestellt hat, dass bei dauernder Besetzung aller vier Bettfüsse mit Rollen das Krankenbett zu leicht in Bewegung geräth, und die Vornahme von Handreichungen am Krankenbette dadurch beeinträchtigt wird. Bringt man dagegen nur zwei Rollen an den Krankenbetten an, entweder an den

Bettfüssen des Kopfendes oder denen des Fussendes, so leidet wiederum die Transportfähigkeit des Bettes. Angesichts dieser Verhältnisse lässt man neuerdings in den Krankenhäusern die Rollen unter den Bettfüssen ganz fort und verwendet als Ersatz für die Zwecke des Krankentransportes eigene Bettfahr-Apparate, von denen noch weiterhin die Rede sein wird, welche man nur nach Bedarf zeitweise an den Bettstellen befestigt.

Da man gegenwärtig im Interesse einer leichten und gründlichen Desinficirbarkeit aller Gegenstände in den Krankenräumen der Hospitäler für die Herstellung derselben ausschliesslich solche Materialien verwendet, welche einerseits für das Haften von Infectionserregern einen ungünstigen Nährboden darstellen, andererseits durch die häufige Benetzung mit antiseptisch wirkenden Lösungen nicht leiden, so ist die Verwendung von Holzbettstellen in den Krankenhäusern der Neuzeit gänzlich verlassen worden, während dieselben, wie wir aus unserer historischen Betrachtung ersehen, in früheren Zeiten ausschliesslich in Gebrauch waren. Die Vorzüge, welche die Anwendung eiserner Krankenbetten gewährt, sind nach den heutigen wissenschaftlichen Anschauungen so schwerwiegende, dass die wenigen Einwendungen, welche gegen sie erhoben worden sind, nicht zur Geltung gelangen können. Unter diesen Einwänden wurde besonders ins Feld geführt, dass die eisernen Bettstellen für die Kranken zu kalt seien. Jedoch ist dieser Einwurf keineswegs stichhaltig, da die Krankea ja mit dem Bettgestell selbst gar nicht in Berührung kommen, wenn für eine gute innere Ausstattung der Krankenbetten gesorgt ist. Im Uebrigen hat man, um die Möglichkeit einer zu starken Abkühlung der Kranken und eines zu starken Hindurchstreichens der Luft durch die Krankenbetten völlig auszuschliessen, vielfach am Kopf- und Fussende in der hufeisenförmigen Krümmung des eisernen Bettgerüstes neuerdings Einsatzplatten angebracht, welche jederzeit bequem herausgenommen und leicht desinficirt werden können. Verwendet man als Herstellungsmaterial zu diesen Platten noch Holz, so ist es zweckmässig, dieselben mit einem leicht abwaschbaren Ueberzug von Wachstuch oder Gummistoff zu versehen. Wählt man, was vorzuziehen ist, metallene Einsatzplatten, so kann man an ihrer Innenseite einen Belag von Linoleum anbringen oder ein schmales, quer über das Bett verlaufendes Holzbrettchen, die sogenannte Fussleiste, einfügen, welche

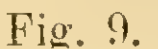
Fig. 8,

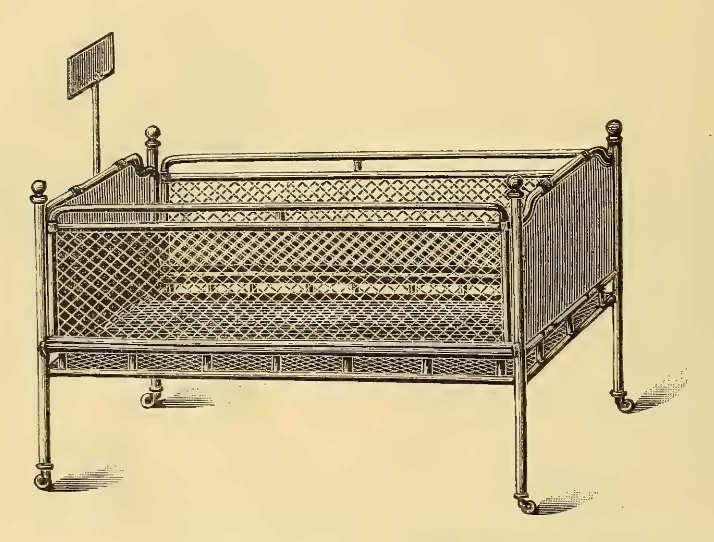


Fussende eines Hospitalbettes mit gespaltener Einsatzplatte für Extensionszwecke.

verhindert, dass die Füsse des Kranken direkt mit der Einsatzplatte in Berührung kommen. Am besten aber verhindert man eine solche Berührung durch Einlegen einer mit Rosshaar gefüllten Fussrolle in das Krankenbett. Für die Zwecke der permanenten Extension verwendet man auf chirurgischen Abtheilungen häufig Betteinsatzplatten, welche in ihrer Mitte senkrecht gespalten sind, so dass bald der eine, bald der andere Theil je nach Bedarf herabgeklappt werden kann (Fig. 8).

Aehnliche Einsatztheile wie die bereits erwähnten, welche in die Pfosten des Krankenbettes zeitweise eingehakt werden können, finden auch an den Seitenflächen der Krankenbetten, vom Kopfende zum Fussende reichend, bisweilen Verwendung. Jedoch bilden diese keinen


Fig. 9.



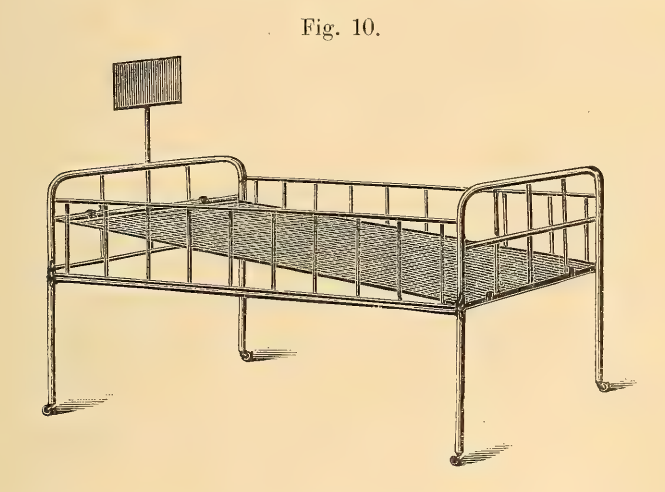
Eisernes Kinderkrankenbett für Hospitäler mit herunterklappbaren Seitentheilen aus Drahtgeflecht und Betttafel.

dauernden Bestandtheil der Krankenbetten, sondern werden nur bei ganz bestimmten Gruppen von Kranken in Gebrauch gezogen. Es handelt sich hierbei um lange, schmale, rechteckige Holzplatten, welche man in die Seiten des Bettgerüstes bei der Pflege unruhiger, delirirender oder an Krämpfen leidender Kranker einsetzt, um ein Herausfallen beziehungsweise Herausspringen der Kranken aus dem Bett zu verhindern. Bei Kranken mit starken Aufregungszuständen müssen diese Seitenbretter möglichst hoch gewählt werden, damit der Kranke sie nicht übersteigen kann. Man verwendet in diesem Falle mit Vortheil die sogenannten Kastenbetten, wie sie in Anstalten für Geisteskranke häufig zu finden sind. Bei diesen Betten liegt der horizontale eiserne Bettrahmen niedriger als gewöhnlich, während die Einsatztheile des

Fuss- und Kopfendes, sowie auch die Seiteneinsätze ungewöhnlich hoch gewählt werden, so dass der Kranke hier in der That auf dem Boden eines ziemlich hohen Kastens liegt. Die Wände dieses Kastens werden an ihrer Innenseite zweckmässig gepolstert und mit einem gut abwaschbarem Gummi- oder Lederüberzug versehen, um Beschädigungen des Kranken zu vermeiden. Von einer dauernden Verwendung von Seitenbrettern an den Krankenbetten ist man jetzt ganz abgekommen, da sowohl die Reinhaltung des Krankenbettes als auch die Ausführung der am Kranken vorzunehmenden Manipulationen durch sie erschwert wird.

Die Krankenbetten für Kinder (Fig. 9) gleichen denen der Erwachsenen fast völlig; nur sind sie natürlich kleiner. Das Bettgestell besteht gewöhnlich aus drehrunden, relativ dünnen Eisenstäben oder gekreuzten Bandeisen.

Fig. 10.



Eisernes Kinderkrankenbett für Hospitäler nach A. Baginsky. mit verstellbarem Bettboden.

Die Bettlänge beträgt meist 140—150 cm, die Betthöhe 65—70 cm, die Höhe des horizontalen Bettrahmens über dem Erdboden 50—60 cm. Die aus Bandeisen- oder Drahtgeflecht gebildeten Seitentheile wählt man ziemlich hoch, um ein Herausfallen der Kinder zu verhüten. Um besser bei der Untersuchung an die Kinder herankommen zu können, werden die Seitenwände so eingerichtet, dass sie herausgenommen oder heruntergeklappt werden können. Neuerdings werden (nach A. Baginsky's Vorschlag) die Kinderkrankenbetten so construirt, dass der Bettboden mehrfach in der Höhe verstellt werden kann, was man durch Anbringung einiger Handhaben oder Oesen und Haken am Kopf- und Fussende des Bettgestells erreicht (Fig. 10).

Von ausserordentlicher Wichtigkeit ist es, dass die Krankenbetten mit einem gutem Bettboden versehen werden. Hierbei ist in gleichem Maasse auf die Bequemlichkeit der Kranken, wie auf leichte Desinficir-

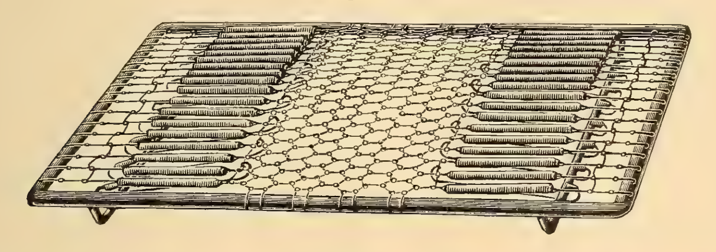
barkeit Rücksicht zu nehmen. Hieraus ergiebt sich, dass nur solche Bettböden in die horizontalen Eisenrahmen des Bettgestells eingesetzt werden dürfen, welche diesen beiden Anforderungen, welche vom Standpunkt einer vernunftsgemässen Krankenpflege zu stellen sind, genügen. Wenn auch die Kranken nicht unmittelbar auf dem Bettboden liegen, sondern von demselben durch die eigentliche gepolsterte Bettmatratze getrennt sind, so hängt doch die hinreichende Weichheit und Nachgiebigkeit des Lagers sehr wesentlich von der Elasticität des Bettbodens ab. Der Bettboden muss die Eigenschaft besitzen, bei Einwirkung circumscripten Druckes an einer bestimmten Stelle nachzugeben, beim Aufhören dieses Druckes jedoch in seiner ganzen Ausdehnung die gleiche elastische Spannung wiederzugewinnen und dauernd beizubehalten wie zuvor; er muss im Stande sein, den local ausgeübten Druck oder Zug nach allen Seiten hin gleichmässig zu vertheilen und dadurch den von ihm ausgeübten Gegendrück gegen den Körper des Kranken zu mildern. Die beste Polstermatratze vermag nicht dem Kranken ein zweckentsprechendes Lager zu schaffen, wenn der Bettboden, auf dem sie ruht, die genannten Eigenschaften nicht besitzt. Es ist hierbei besonders zu bedenken, dass ein Kranker gegen Unbequemlichkeiten, wie sie durch ein unzweckmässiges Lager bedingt sind, um vieles empfindlicher ist als ein Gesunder, der durch häufigen activen Lagewechsel eher im Stande ist, Abhilfe zu schaffen und nicht gezwungen ist, eine grössere oder geringere Anzahl von Tagen und Nächten hinter einander dauernd das Bett zu hüten. Harte und unnachgiebige Bettböden, wie man sie früher verwendete, sind daher ganz auszuschliessen, also insbesondere solche aus Holz oder Eisenplatten; auch die aus kreuzweis zu quadratischen Feldern geflochtenen Bettböden aus starken Leinwandgurten oder Bandeisen haben keine genügende Elasticität. Das Gleiche gilt von dem in den Privathäusern für die Lagerstätten der Gesunden nach vielfach verwendeten aus vertical gestellten sogenannten Sprungfedern gebildeten Bettböden, welche ihre Elasticität stellenweise durch dauerndes Zusammengedrücktbleiben einzelner Sprungfedern leicht verlieren. Bei den Sprungfederböden kommt es ferner leicht zu einer Durchbohrung der Leinwandgurte, zwischen welche die einzelnen Sprungfedern eingesetzt sind. Ferner hat sich gezeigt, dass bei der Verwendung von Leinwandgurten, ebenso wie bei der Verwendung von Holz die Desinfectionsfähigkeit der Bettböden, sowie die Fernhaltung von Ungeziefer erschwert wird. Man verwendet daher in den Hospitälern heutzutage mit Vorliebe solche Bettböden, welche ein einheitliches, horizontal gespanntes, elastisches Metallnetz darstellen, mit welchem das Lumen des horizontalliegenden eisernen Bettrahmens besponnen wird. Man bedient sich zur

Fig. 11.

Elastischer Bettboden, aus Spiraldraht geflochten (schematisch).

Herstellung dieser Gespinnste entweder ausschliesslich spiralförmig gewundenen Metalldrahtes, mit dessen Maschen alsdann der ganze rechteckige Raum des Bettbodens in homogener Weise ausgefüllt wird (Fig. 11), oder man verwendet eine grössere Anzahl horizontal liegender starker Stahlspiralen, welche durch kleine Metallringe und Metallklammern in ihrer Lage zu einander fixirt werden. Im ersteren Falle ist es nothwendig, den an und für sich schwachen Metalldraht doppelt oder dreifach zu nehmen, um auf diese Weise die Festigkeit, Haltbarkeit und Elasticität des Drahtgeflechtes zu erhöhen. Ja, man stellt neuerdings sogar Bettböden dieses Systems her, bei welchen ein vier- bis sechsfacher Spiraldraht versponnen wird. Einen noch höheren Grad von Elasticität als diese Bettböden besitzen jedoch die gegenwärtig in sehr vollendeter Ausführung hergestellten sogenannten Patentmatratzen mit horizontaler Lagerung starker Stahlspiralen und Verbindung derselben durch Ringe und Klammern (Fig. 12, 13 und 14). Man unterscheidet hier verschiedene Systeme (Westphal und Reinhold, A. und C. Grothoff, C. Schulz),

Fig. 12.



Modell eines elastischen Bettbodens mit paralleler, horizontaler Lagerung der Stahlspiralen (Westphal und Reinhold).

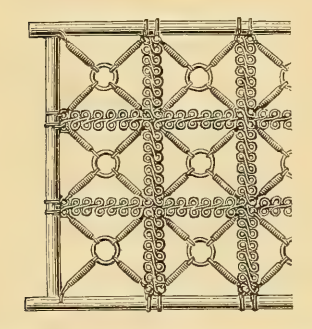
je nachdem die Stahlspiralen parallel oder nach einem centralen Ringe convergirend angeordnet sind. Am meisten Anklang gefunden haben bis jetzt in den modernen Krankenhäusern die metallenen Bettböden mit paralleler Anordnung der Stahlspiralen, und in der That ist die Elasticität bei ihnen eine recht bedeutende; zu wünschen wäre nur, dass ihre Beschaffung in materieller Hinsicht erleichtert würde.

In neuester Zeit ist zur Herstellung von Krankenbetten und von elastischen Bettböden die Verwendung von Stäben und Geflechten aus Malaccarohr empfohlen worden, welches den Vorzug grosser Leichtigkeit und Widerstandsfähigkeit gegen äussere Einflüsse besitzt. Dieses Rohr soll sich auch gut desinficiren lassen, und es sind weitere Versuche nach dieser Richtung wünschenswerth (vergl. Deutsche Krankenpflege-Zeitung 1898. No. 16).

Die Nachttische, welche rechterseits am Kopfende der Krankenbetten stehen, werden, ebenso wie die Krankenbetten selbst jetzt ausschliesslich aus Metall hergestellt. Ihre Construction soll so einfach als möglich sein, um ihre Reinigung möglichst zu erleichtern. Da sie

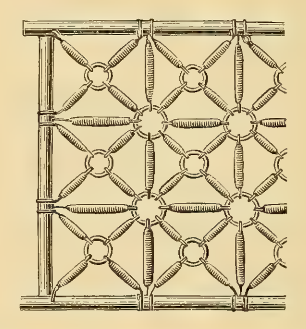
allein zur Aufbewahrung der nöthigsten Waschutensilien und höchstens noch der Schuhe des Kranken dienen, während Esswaaren und Kleidungsstücke unter keinen Umständen in ihnen untergebracht werden dürfen, so thut man gut, die an ihnen angebrachte Schublade, die unausrottbare Quelle vieler Diätfehler und Fiebersteigerungen bei den Krankenhausinsassen, entweder ganz fortzulassen oder ihre räumliche Ausdehnung möglichst klein zu wählen. Jedenfalls muss die Schublade, welche zweckmässig in langer schmaler Form unter der Mitte der oberen Aufsatzplatte des Nachttisches eingehängt wird, ebenfalls aus Metall sein. Zu den Nachttischen selbst nimmt man am besten kleine quadratische Tische, welche ca. 80 cm hoch sind und aus vier verticalen Eisenstäben bestehen, die durch zwei bis drei parallele horizontal liegende viereckige Platten, davon die unteren aus Eisenblech, die oberste aus Glas, mit

Fig. 13.



Elastischer Bettboden (Ketten-Federmatratze) nach C. Grothoff (schematisch).

Fig. 14.



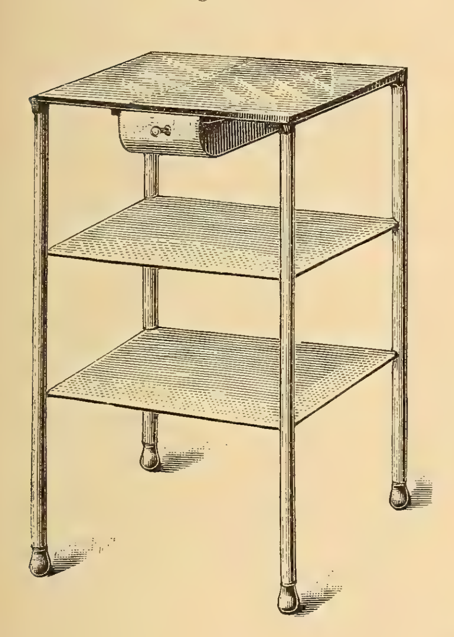
Elastischer Bettboden aus convergirenden Stahlspiralen nach A. Grothoff (schematisch).

einander verbunden sind und in ihrer Lage zu einander erhalten werden (Fig. 15 u. 16).

Bei einer derartigen Construction der Nachttische ist sowohl eine peinliche Reinhaltung derselben gewährleistet als auch die geheime Aufbewahrung von Gegenständen, durch welche Krankheitserreger übertragen werden können, unmöglich gemacht. Das Arrangement der auf dem Nachttisch zu placirenden Objecte findet zweckwässig in der Weise statt, dass auf der untersten horizontalen Platte eventuell ein paar leichte Lederschuhe für die aufstehenden Kranken, auf der mittleren Platte das mit einem Metalldeckel verschlossene Uringlas und auf der obersten aus Glas gefertigten Platte das gleichfalls mit Metalldeckel versehene Speiglas deponirt werden. Um den Kranken den unangenehmen Anblick des gefüllten Urin- und Speiglases zu entziehen, welcher besonders bei der Nahrungsaufnahme den Appetit der Kranken beeinträchtigen könnte, hat Merke (Krankenhaus Moabit) den Vorschlag gemacht, diese Geräthe des Krankencomforts in kleinen Blechstübchen, welche mit einer vom

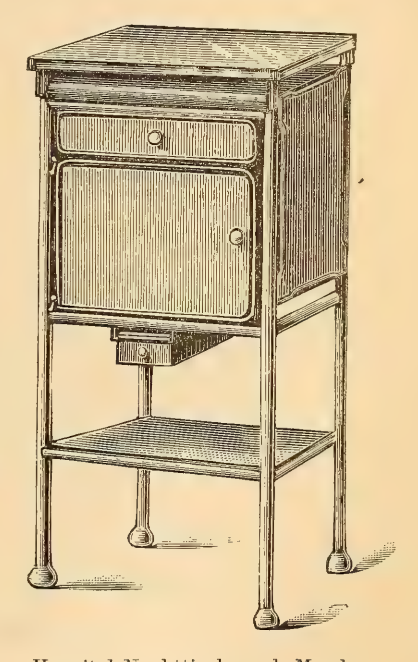
Kranken zu öffnenden und nach dem Gebrauch wieder zu verschliessenden Thür versehen sind und durch eine Schraube an der Tischplatte befestigt werden, unterzubringen. Bei der Ausführung dieses hübschen und praktischen Vorschlages würde sich alsdann der Metalldeckel der Gefässe erübrigen. Stehen aber, wie dies in den Krankenhäusern jetzt noch häufig der Fall ist, diese Gläser frei auf den Nachttischplatten, so ist das Vorhandensein eines sie permanent bedeckenden, in der Mitte mit einem kleinen Handgriff oder Knopf versehenen, kreisrunden Metall-

Fig. 15.



Hospital-Nachttisch mit kleiner eiserner Schublade.
(Jüdisches Krankenhaus in Berlin.)

Fig. 16.



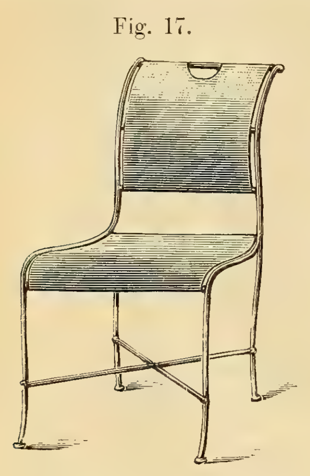
Hospital-Nachttisch nach Merke aus Eisenblech.
(Krankenhaus in Hamburg-Eppendorf.)

deckels unumgänglich nothwendig, um die Aufnahme gasförmiger oder feinster corpusculärer Bestandtheile der in den Gläsern enthaltenen Absonderungsproducte in die Luft des Krankensaales zu vermeiden. Zu verwerfen ist dagegen für diesen Zweck die Benutzung von Pappdeckeln, da diese nicht gründlich gereinigt werden können. Die Uringläser und die Speigläser selbst haben in den Krankensälen gewöhnlich dieselbe Form, nur unterscheiden sich die Speigläser dadurch, dass sie etwas kleiner sind. Man verwendet für diese Zwecke meist runde Gefässe mit abgeplatteter Grundfläche aus farblos durchsichtigem Glase, welche in ihrem unteren Theile bauchig ausgeschweift sind, in ihrem oberen

Theile sich jedoch etwas verengen, um ein bequemes Ergreifen seitens des Kranken zu ermöglichen.

Erforderlich sind ferner für die innere Ausstattung der Krankensäle eine Anzahl von Krankenstühlen, um denjenigen Kranken, welchen ein länger dauerndes tägliches Aufstehen vom Arzte gestattet ist, für die Zeit, welche sie in den Bettsälen zubringen, Gelegenheit zum Ausruhen zu bieten. Die Zahl dieser Krankenstühle darf nicht zu gering bemessen werden. Es ist zweckmässig, dass sie der Zahl der in dem betreffen Raume aufgestellten Krankenbetten genau entspricht. Zu jedem Krankenbette gehört in den modernen Hospitälern auch ein Krankenstuhl, der am Fussende des Krankenbettes seine Aufstellung findet (Fig. 17). Um nicht zu viel Raum dadurch in Anspruch zu nehmen, placirt man den Krankenstuhl bei Nichtgebrauch zweckmässig so, dass man seine Sitzplatte unter das Fussende des Krankenbettes hinunterschiebt. Auch die Krankenstühle stellt man heutzutage nicht mehr aus Holz her, sondern man nimmt der leichteren Desinficirbarkeit halber das Stuhlgerüst aus Eisenstäben oder Gasrohr und bekleidet es mit einer horizontalen Sitz- und einer verticalen Rückenplatte aus Eisenblech. Es empfiehlt sich, dass die beiden Blechplatten eine zweckmässige, der Körperform entsprechende Krümmung haben, dass ferner die Füsse des Stuhles nicht zu hoch, die Rückenlehne nicht zu niedrig oder zu steil gewählt wird, damit dieses Krankengeräth auch wirklich seinen Zweck erfüllen kann, einen bequemen Ruhesitz für den Kranken darzustellen. Eiserne Klappstühle, den Gartenstühlen ähnlich, haben den Vortheil, dass sie nur wenig Raum beanspruchen; jedoch muss ihr Mechanismus so eingerichtet sein, dass sie nicht plötzlich und unvorhergesehen zusammenklappen können, während der Kranke auf ihnen sitzt, da die Erschütterung des Falles und der Schreck seinen Gesundheitszustand erheblich schädigen würde.

Fig. 17.



Gewöhnlicher eiserner Stuhl für Krankensäle.

Ausser diesen gewöhnlichen eisernen Krankenstühlen, auf welche bei der Benutzung eine kleine wollene Decke gelegt wird, ist es zweckmässig, in den Krankensälen noch mindestens zwei gut gepolsterte bequeme Lehnstühle, sogenannte Sorgenstühle, aufzustellen, welche speciell für die Benutzung durch sehr schwache Reconvalescenten oder chronisch Kranke, die nur kurze Zeit hindurch am Tage ausser Bett sein dürfen, reservirt sind. Diese Sorgenstühle, welche mit haltbarem und leicht abwaschbarem gutem Ledertuch (Acella) oder einem mit Para-Gummi imprägnirten Stoff überzogen sein müssen, sind gewöhnlich so construirt, dass sowohl die Rückenlehne als auch die Fussunterlage durch eine Zahnstange oder

einen Kurbelmechanismus, der eventuell vom Kranken selbst dirigirt werden kann, leicht in eine Reihe verschiedener Lagen zwischen Vertical- und Horizontalstellung, je nach Wunsch des Arztes oder Neigung des Kranken, gebracht werden kann, um jeder Zeit die für den Kranken zuträglichste Position herbeizuführen. Die Sorgenstühle werden gegenwärtig in sehr vollendeter Ausführung hergestellt. Man kann an ihnen besondere, seitlich verstellbare, gepolsterte Armlehnen und ebensolche seitliche Kopfstützen anbringen; Fussunterlage und Sohlenbrett können in der Mitte gespalten hergestellt werden, damit der eine Fuss des Kranken bei Bedarf höher gelagert werden kann als der andere; die Füsse dieser

Fig. 18.



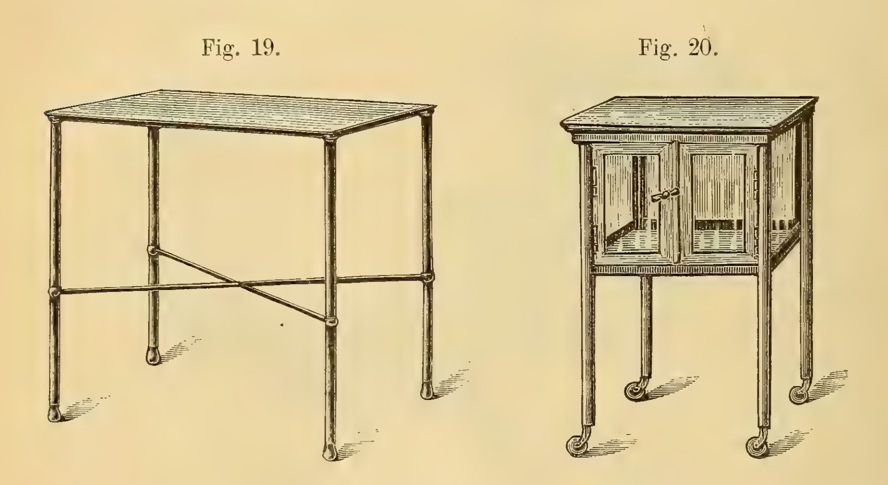
Gepolsterter Sorgenstuhl (mechanischer Krankensessel) für Krankensäle.

Sorgenstühle können mit Gummirollen oder Gummirädern versehen werden, um diese Geräthe des Krankencomforts, welche ja trotz der jetzt üblichen leichteren Bauart sonst doch ziemlich schwer beweglich sein würden, bequemer von der Stelle bringen zu können. Es ist zweckmässig, diese Krankenstühle in der Nähe des Fensters zu placiren, um den in ihnen ruhenden Kranken die abwechslungsreichere Aussicht ins Freie, auf die umliegende Landschaft oder die Bäume des Gartens darzubieten und so belebend und zerstreuend auf sie einzuwirken (Fig. 18).

Ausser den bisher genannten Geräthschaften des Krankencomforts ist für jeden Krankensaal noch das Vorhandensein eines oder mehrerer grösserer Tische erforderlich, welche je nach dem zur Verfügung stehenden Raum entweder in der Mitte des Krankensaales zwischen den

beiderseitigen Bettreihen oder an freien Punkten der Wandseiten des Saales Aufstellung finden. Diese Tische dienen entweder zur Aufnahme der für die Kranken bestimmten Arzneigefässe oder auch der für die Notizen des Arztes und Pflegepersonals bestimmten Schreibutensilien. Auch diese Tische müssen aus leicht desinficirbarem Material hergestellt sein; daher wählt man die Tischfüsse sowie den horizontalen Tischrahmen aus Eisen, die Aufsatzplatte des Tisches aus starkem Glas (Fig. 19). Es ist zweckmässig, in grösseren Krankensälen stets mehrere solcher Tische zur Verfügung zu haben, da man alsdann die auf denselben zu deponirenden Objecte in übersichtlicherer Weise anordnen und sich vieles Hin- und Herbewegen in den Krankenräumen, das auf die Kranken beunruhigend und störend einwirkt, ersparen kann. Am besten ist es,

Fig. 19. Fig. 20.



Eiserner Tisch mit Glasplatte für Krankenhäuser.

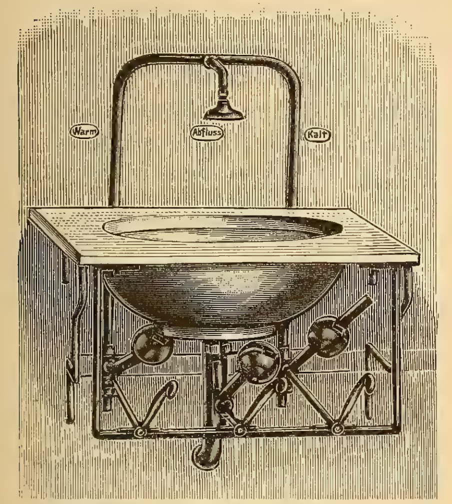
Eiserner Verbandtisch mit verschliessbarem Schränkchen für Verbandstoffe.

wenn man sowohl für die Arzneien als auch für die Schreibgeräthe einen eigenen, für den betreffenden Zweck dauernd bestimmten Tisch aufstellt. Besonders nothwendig ist für die Krankensäle, in welchen chirurgische Kranke untergebracht sind, die Aufstellung eines bestimmten Tisches für Verbandzwecke, eines sogenannten Verbandtisches, welcher stets mit einem frisch sterilisirten Leinwandtuche bedeckt gehalten werden muss und zur Aufnahme einer Anzahl gebrauchsfertiger Verbandmittel in entsprechenden Gefässen dient (Fig. 20). Alle Tische in den Krankenräumen werden mit frisch gewaschenen und häufig zu wechselnden Leinentüchern bedeckt. Die Verwendung von Holztischen mit Wachstuchüberzug ist weniger empfehlenswerth. Die Aufstellung besonderer Esstische für die ausser Bett seienden Kranken ist unnöthig, da die leichter Kranken und Reconvalescenten heut zu Tage ihre Mahlzeiten gewöhnlich nicht in den Bettsälen, sondern in besonderen Tagesräumen

einnehmen, während die Schwerkranken gezwungen sind, im Bette liegend oder sitzend zu essen.

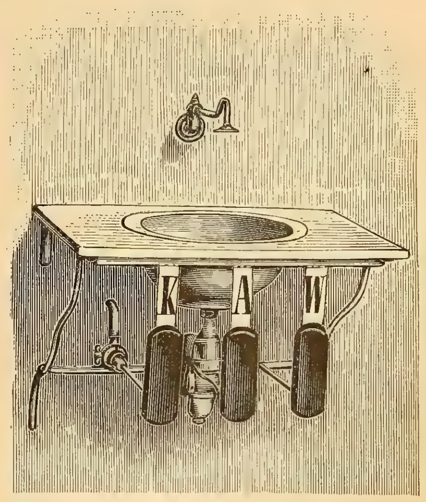
Einen sehr nothwendigen Bestandtheil des Krankencomforts bilden ferner die, in allen Krankensälen in ausreichender Zahl anzubringenden Waschvorrichtungen, welche für die Benutzung seitens derjenigen Kranken, die aufstehen dürfen, an den Wänden Aufstellung finden, und an die allgemeine Wasserleitung angeschlossen werden. Die Waschtische werden entweder, mit ihrem gesammten Zubehör, aus emaillirtem Metall hergestellt, oder man verwendet mit Marmorplatten belegte Tische, in welche die Waschschüsseln in der Weise eingelassen sind, dass sie durch Umkippen von ihrem Inhalt befreit werden können. Auch Waschschüsseln mit Kettenabflussventil sind vielfach in Gebrauch, stehen

Fig. 21.




Waschtisch für Krankenhäuser mit Kniehebeln.

Fig. 22.




Waschtisch für Krankenhäuser mit Kniehebeln.

jedoch an Zweckmässigkeit hinter den Schüsseln, bei welchen der Abfluss durch eine ausserhalb der Schüssel befindliche Handhabe oder durch Kippvorrichtung regulirt wird, zurück. Am besten wählt man Porzellanschüsseln; jedoch darf ihre Zahl nicht zu gering bemessen werden, damit die Kranken des Morgens bei der Toilette nicht zu lange auf einander zu warten haben. Unumgänglich ist es, dass beim Gebrauch der Waschapparate in den Krankensälen jederzeit warmes und kaltes Wasser nach Belieben zur Verfügung steht. Ausserordentlich praktisch sind die Waschtische (E. Lentz), bei welchen ein einfacher, mit dem Knie ausgeübter Druck auf einen Hebel genügt, um je nach Belieben wärmeres oder kälteres Wasser zuströmen zu lassen oder auch das Ausflussventil in Thätigkeit zu setzen (Fig. 21 u. 22).

Was die Vorrichtungen zur künstlichen Beleuchtung der Kranken-

säle anlangt, so verwendet man in den grösseren, modern ansgestatteten Hospitälern fast ausschliesslich elektrische Lichtanlagen, da sich diese Art der Beleuchtung gerade für Krankenzimmer als besonders zweckmässig erwiesen hat. Das elektrische Licht, welches den gläsernen Glühbirnen entstrahlt, besitzt sowohl eine hinreichende Helligkeit als Gleichmässigkeit im Brennen; ausserdem gewährt es den grossen Vortheil, dass es die Luft der Krankenzimmer in keiner Weise durch Verbrennungsproducte verunreinigt. Wie bei der natürlichen Beleuchtung am Tage durch diffuses Sonnenlicht für eine geeignete Anordnung der Fenster zu sorgen ist, so ist auch bei der Montirung der künstlichen Beleuchtung Bedacht darauf zu nehmen, dass die Lampen in den Krankensälen möglichst gleichmässig vertheilt werden, damit nach der des Abends vorgenommenen Entzündung der Flammen über sämmtlichen Krankenbetten die gleiche Lichtintensität herrscht. Die Zahl der Lampen, von denen man zweckmässig einen Theil in der Mittellinie des Plafonds, einen anderen an den Wänden zwischen den Kopfenden der Krankenbetten anbringt, richtet sich natürlich nach der Grösse des Krankensaales und muss so bemessen werden, dass die herabstrahlende Lichtfluth weder zu grell ist, damit sie die Kranken nicht blende, noch zu schwach, damit Arzt und Pflegepersonal bei ihren Verrichtungen am Krankenlager deutlich sehen können. Von grossem Vortheil ist es, wenn die einzelnen Flammen so eingerichtet sind, dass jede von ihnen nach Belieben für sich entzündet und ausgeschaltet werden kann, da man alsdann in der Lage ist, die jedem einzelnen Bette zufallende Lichtintensität genau zu dosiren und nach den individuellen Erfordernissen der Kranken zu reguliren. Um die Helligkeit des elektrischen Lichtes, welche ja bei der Verwendung der Vacuum-haltigen Glühbirnen ohnehin keine übermässige ist, in den Krankensälen zu mildern, hat man vorgeschlagen, die Glasbirnen sämmtlich oder theilweise aus blassgrünem oder blassblauem Glase herzustellen. In den älteren Krankenhäusern findet man vielfach noch Gasbeleuchtung in den Krankensälen. Die Gasbeleuchtung ist billiger als die elektrische; die Gasflammen erzeugen jedoch ziemlich viel Kohlensäure und erhitzen bei längerem Brennen die umgebende Luft in erheblichem Maasse. Empfehlenswerth ist bei Gasbeleuchtung die Verwendung des Auer'schen Glühlichtes, welches die Helligkeit der Lampen wesentlich erhöht und den Gasverbrauch vermindert. Die Gaslampen werden zweckmässig mit einem verstellbaren grünen Lichtschirm aus Blech versehen. Die vom Plafond herabhängenden Lampen werden mit Vortheil so construirt, dass sie in verticaler Richtung verschieblich sind. Zur Nachtzeit ist selbstredend eine viel weniger intensive Beleuchtung erforderlich als am Abend; meist wird eine einzige milde Flamme, deren Licht durch einen Schirm gedämpft wird, für den Krankenraum ausreichend sein.

Gleich den Beleuchtungseinrichtungen erfordern auch die in den Krankensälen etablirten Heizvorrichtungen hier eine kurze Besprechung. Während man in früheren Zeiten sich ausschliesslich der örtlichen Be-

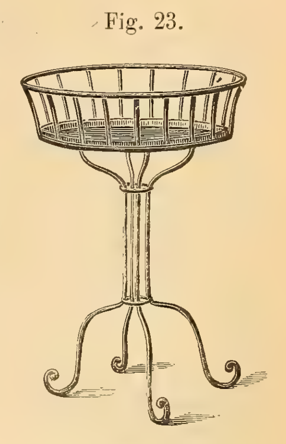
heizung der Krankenräume bediente, hat man sich in den neueren Hospitälern mehr und mehr der Verwendung central gelegener Heizanlagen zum Zwecke einer geeigneten Warmhaltung der Krankenräume zugewendet. Nur in den Krankenhäusern kleinerer Städte und Gemeinden ist die Aufstellung von Oefen in den Krankensälen selbst beibehalten worden. Bei beiden Arten der Beheizung kommt es vor allen Dingen darauf an, eine möglichst gleichmässige Lufttemperatur in den Krankensälen zu erzeugen. Als die geeignetste Luftwärme für die Krankenzimmer hat sich eine Temperatur von 14—15 ° R. erwiesen; es ist nothwendig, dass diese Temperatur sowohl bei Tage als zur Nachtzeit und unabhängig von der durch Witterungsverhältnisse und Jahreszeit beeinflussten Aussentemperatur innegehalten wird. Es erscheint daher unumgänglich, sich fortdauernd über die Wärme der Innen- und der Aussenluft zu orientiren; jeder Krankensaal muss demnach 2 Thermometer besitzen, von welchen das eine an der Fensteraussenseite, gegen das directe Auffallen der Sonnenstrahlen geschützt, angebracht wird, während das andere möglichst im Centrum des betreffenden Krankenraumes, am besten am Stativ eines vom Plafond herabhängenden Beleuchtungsapparates, befestigt wird. Die aufmerksame Bedienung und sachgemässe Regulirung der Heizvorrichtung in den Krankensälen ist von ausserordentlicher Wichtigkeit für das Wohlbefinden der Kranken und somit von therapeutischer Bedeutung. Im Allgemeinen gilt in der Krankenpflege der Satz, dass fiebernde Kranke in einer etwas niedrigeren Temperatur, anämische Kranke und solche mit mangelhafter Blutcirculation dagegen in einer etwas höheren Umgebungstemperatur zu halten sind. Bedient man sich der Centralheizung, bei welcher die Verwendung des heissen Dampfes, des heissen Wassers und der heissen Luft in Frage kommt, so geniesst man den Vortheil, dass die mit der Ofenheizung in höherem oder geringerem Grade stets verbundene Belästigung der Kranken durch Staub- und Rauchentwickelung und Geräusch ausgeschaltet wird. Jedoch sind die centralen Heizeinrichtungen erheblich theurer als die früher ausschliesslich angewendeten Ofenanlagen. Unter den verschiedenen Systemen der Centralheizung haben die Warmwasser- und Niederdruck-Dampfheizungen den meisten Anklang gefunden, da sie am besten eine milde, gleichmässige und angenehme Erwärmung der Krankenräume ermöglichen. Beachtenswerth ist, dass die Vertheilung der Heizkörper in den Krankensälen so gewählt wird, dass der betreffende Raum an allen Punkten möglichst gleichmässig erwärmt wird, und dass die zur Regulirung angebrachten Ventile und Klappen vom Pflegepersonal leicht bedient werden können. Unter den verschiedenen Ofensystemen, welche bei der Localheizung zur Verwendung gelangen, haben sich als für die Krankenräume am meisten geeignet die Kachelöfen erwiesen, welche eine viel mildere, gleichmässigere und andauerndere Wärme ausstrahlen als die eisernen Oefen. Von wesentlicher Bedeutung ist es, dass die Oefen in sachgemässer Weise durch das Pflegepersonal bedient werden, und dass hierbei möglichst wenig Ge-

räusch, Staub und Rauch verursacht wird. Um diese Uebelstände gänzlich zu beseitigen, hat man schon vor längerer Zeit vorgeschlagen, die Kachelöfen so einzurichten und zu placiren, dass ihre Beschickung mit Brennmaterialien nicht innerhalb des Krankenraumes selbst, sondern von einem Vorraum oder dem Flur aus erfolgt; zu bedenken wäre hierbei nur, dass bei der Ausführung dieses Vorschlages man sich der Möglichkeit beraubt, den Ofen gleichzeitig als Lüftungsvorrichtung für den Krankenraum zu verwerthen. Im Uebrigen kann die Sorgfalt des Pflegepersonals viel dazu beitragen, die Missstände, welche mit der Ofenheizung verbunden sind, zu verringern. Durch behutsame und vorsichtige Bedienung der Oefen kann viel Staub, Rauch und Geräusch vermieden werden. Ebenso ist die Wahl eines geeigneten Brennmaterials in dieser Hinsicht beachtenswerth; am besten eignet sich zur Feuerung trockenes Buchenholz. Zur Entzündung des Feuers dürfen nur Zündhölzer verwendet werden, welche keine Phosphor- und Schwefeldämpfe entwickeln. Eine mehrmalige Beschickung der Oefen während eines Zeitabschnittes von 24 Stunden ist nach Maassgabe der Thermometerablesung erforderlich.

Zu der Ausstattung der Krankensäle gehören auch die verschiedenen Lüftungsvorrichtungen, welche einen nothwendigen Bestandtheil des Inventars darstellen. Als die wichtigste Lüftungsvorrichtung können wir die Fenster des Krankenraumes, von welchen schon oben die Rede war, bezeichnen. Durch ihr fleissiges Oeffnen kann die ausgiebigste Lufterneuerung in schneller Weise erreicht werden. Besonders empfehlenswerth ist es für die Zwecke der Lüftung vorwiegend die oberen Fensterflügel (Kippfenster), welche vermittelst einer Metallführung von unten her dirigirt werden können, für diesen Zwek zu verwenden, da ein etwa in Folge des Oeffnens entstehender Luftzug sich alsdann nicht in der Höhe der Krankenbetten, sonndern nur in den oberen Regionen des Krankensaales geltend machen würde. Der an den Fenstern anzubringenden Glasjalusien ist bereits gedacht worden. Es ist natürlich nothwendig, dass die Kranken selbst bei der Vornahme einer solchen gröberen Luftventilation, wie sie durch das Oeffnen der Fensterflügel bewerkstelligt wird, gegen jeden directen Zug geschützt werden. Zunächst hat man ein gleichzeitiges Oeffnen der Fenster und Thüren, wodurch fast stets ein starker Luftzug erzeugt wird, in den Krankensälen zu vermeiden; diese stärkste Form der Lufterneuerung vermittelst Durchzuges ist in den Krankenräumen nur anwendbar, wenn sie nicht oder nur wenig belegt sind und im letzteren Falle die besetzten Krankenbetten besonders sorgfältig durch spanische Wände und Decken gegen die kalte Luftströmung abgeschlossen werden. Im Allgemeinen gilt aber für die Krankensäle der Grundsatz: „Die Fenster sind dazu da, damit sie aufgemacht werden, die Thüren sind dazu da, damit sie zugemacht werden“ (vergl. M. Mendelsohn, Comfort d. Kranken, pag. 24). Da die natürliche Lüftung durch die Fenster hindurch in den Krankenräumen nicht jederzeit stattfinden kann, so verwendet man zu ihrer

Ergänzung in den Krankensälen noch die Aufstellung verschiedener künstlicher Lüftungsapparate, deren Construction entweder auf dem natürlichen Ausgleichungsbestreben zweier Luftsäulen, deren Gleichgewicht durch Temperaturunterschiede gestört ist, oder auf der Anwendung maschineller Kräfte, durch welche frische Luft in die Räume gepresst und schlechte Luft aus denselben abgesaugt wird, beruht. Hierhin gehören die verschiedenen Systeme der an den Wänden der Krankensäle angebrachten Luftkanäle und der Pulsions- und Aspirationsapparate (vergl. Näheres hierüber in dem Capitel „Bautechnik". Bd. I. dieses Handbuches, pag. 790 ff.). Von den in früheren Zeiten häufig in den Krankensälen verwendeten Räucherapparaten für die Zwecke der Luftverbesserung ist man heutzutage ganz abgekommen, seitdem man erkannt hat, dass alle Räucherungen die Luft in den Krankensälen in keiner Weise zu reinigen vermögen, sondern nur den durch die Ausdünstungen und Entleerungen der Kranken erzeugten schlechten Geruch der Luft verdecken. Man ist heute allgemein zu der Erkenntniss gelangt, dass die Luft der Krankenräume nur dann den Anforderungen der Krankenpflege genügt, wenn sie den Riechnerven keinerlei Reiz, weder nach der angenehmen noch nach der unangenehmen Seite, darbietet.

Fig. 23.



Einfacher eiserner Blumentisch für Krankenhäuser.

Mit den bisher erwähnten Objecten und Vorrichtungen, welche dem Rahmen der inneren Einrichtung und Ausstattung der Krankensäle angehören, wäre die Schilderung aller derjenigen technischen und materiellen Hilfsmittel der Krankenpflege erschöpft, welche mit unbedingter Nothwendigkeit einen dauernden Bestandtheil des Inventars der Krankenräume bilden müssen. Hieran schliessen sich nunmehr diejenigen Ausstattungsobjecte an, deren Vorhandensein in den Krankensälen nach den heutigen wissenschaftlichen Anschauungen wünschenswerth ist, obgleich sie über das Maass des absolut nothwendigen — wenigstens nach den bisher vielfach üblichen Vorstellungen — ein wenig hinausgehen, weil sie es ermöglichen, ohne besonders grossen Aufwand den dauernden Aufenthalt in den Krankenräumen angenehmer und behaglicher zu gestalten und auf diese Weise eine der Genesung günstige Einwirkung auf die Psyche des Kranken zu erzielen. Wenn auch zugegeben werden soll, dass im Interesse einer möglichst gründlich durchzuführenden Desinfection der Krankenräume man gut daran thun wird alle wirklich überflüssigen und zwecklosen Gegenstände, insbesondere aber solche, deren Form oder Herstellungsmaterial einer hinreichenden Reinigung Widerstand entgegensetzt, aus ihnen fern zu halten, so darf man die Furcht vor den Bacillen- und Staubfängern doch auch nicht übertreiben

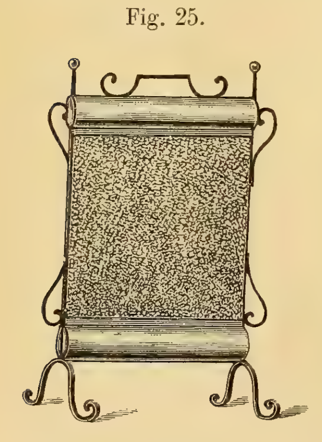
und es schliesslich dahin bringen, dass der betreffende Raum einer Gefangenenzelle ähnlicher sieht, als einem dauernden Aufenthaltsort für trost- und hilfsbedürftige Kranke. Es erscheint durchaus nothwendig, dass den Krankenräumen der Hospitäler ein gewisser freundlicher, behaglicher, von liebevoller Fürsorge für die Kranken zeugender Charakter gewahrt bleibe. Jeder Kranke, der längere Zeit hindurch dauernd ans Bett gefesselt ist, fühlt ein starkes und berechtigtes Verlangen in seiner nächsten Umgebung Objecte zu finden, welche einen erfreulichen, angenehmen und wohlthuenden Anblick darbieten, seine Gedanken von der Krankheit selbst ablenken, ihn zerstreuen, seine Geduld und Hoffnungsfreudigkeit beleben. So wie es unbarmherzig und grausam wäre, den Kranken in den Hospitälern jedweden Besuch seitens der Angehörigen und Freunde vorzuenthalten und sie auf diese Weise gänzlich von der Mitwelt abzuschneiden, so müssten wir es auch als unrichtig bezeichnen, wenn man diejenigen Objecte, welche ihm die Zeit kürzen und seinen Trübsinn vermindern können, aus seiner Umgebung verbannen wollte.

Fig. 24.

Einfacher Luftanfeuchtungsapparat für Krankensäle.

Es ist vielmehr mit Freuden zu begrüssen, dass in letzter Zeit von wissenschaftlicher Seite wiederholt nachdrücklich darauf hingewiesen ist, dass derartige Objecte einen Bestandtheil des Krankencomforts bilden, dessen Wichtigkeit man nicht unterschätzen sollte.

Fig. 25.

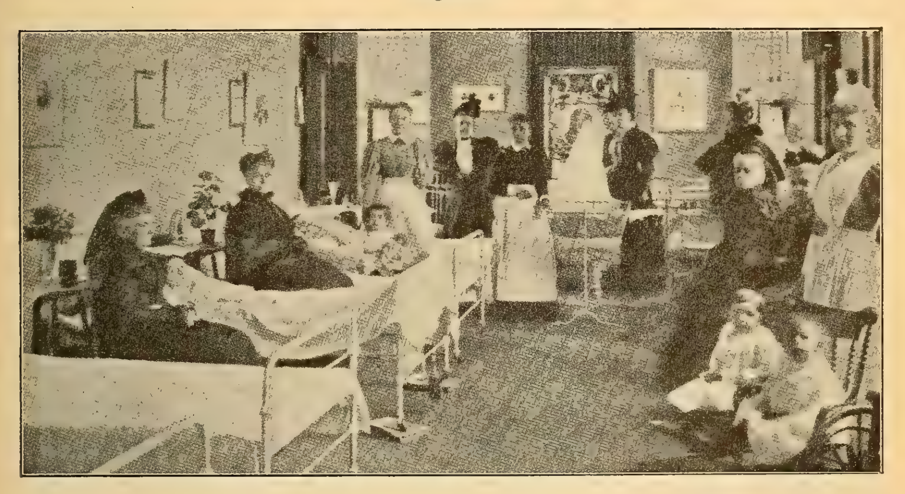


Wasserverdunstungsapparat für Krankensäle.

Unter den Objecten, welche hier in Frage kommen, sind in erster Linie die Blumen und Pflanzen zu nennen, durch deren Aufstellung in den Krankenräumen man den Kranken grosse Freude bereiten kann. In England giebt es besondere Vereine, eigens zu dem Zweck, die Krankenhäuser mit geeigneten Blumen und Blattpflanzen zu versorgen (v. Leyden, „Ueber Specialkrankenhäuser", 1890. pag. 18). Die wohlthätigen Stiftungen, welche in England, wie auch in Amerika zu den grösseren Hospitälern in enger Beziehung stehen und vielfach deren Gründung veranlasst haben, pflegen an bestimmten Tagen in die betreffenden Krankenhäuser grössere Sendungen derartiger, die Kranken erquickender Objecte abzuordnen. Auch aus den königlichen und den anderen grossen öffentlichen Gärten werden von Zeit zu Zeit Blumensendungen in die Krankenhäuser veranlasst.

Das Gleiche geschieht seit dem Jahre 1896 in den Kinderspitälern Wiens, z. B. im St. Annen-Hospital (vgl. Zeitschr. f. Krankenpfl. 1896. pag. 263). Auch in Deutschland würden derartige Bestrebungen sicherlich Anklang finden. Allerdings muss darauf geachtet werden, dass die übersendeten Pflanzen in zweckmässiger Weise ausgewählt und aufgestellt werden. Es ist bekannt, dass stark duftende und leicht welkende Blumen sich für die Krankenräume nicht eignen, die ersteren, weil sie stark auf das Nervensystem einwirken, die letzteren, weil ihr Welken trübe Gedanken hervorrufen und die Qualität der Luft beeinträchtigen kann. Am besten bewähren sich grüne Blattpflanzen und blüthenlose, blätterreiche Schlingpflanzen, welche viel Kohlensäure aus der Luft absorbiren, viel Sauerstoff an die-

Fig. 26.



Blick in den Kinderkrankensaal eines modernen amerikanischen Hospitals (Bridgeport, Connecticut).

selbe abgeben und, wenn sie feucht gehalten werden, in Folge Verdunstung des Wassers von ihrer Oberfläche der umgebenden Luft einen erfrischenden, belebenden Geruch verleihen. Abgeschnittene Blumen müssen stets in frischem Wasser stehen und schnell erneuert werden; künstliche Blumen, auf denen der Staub der Werkstätten lagert, sind ganz zu vermeiden (vgl. Zeitschr. f. Krankenpfl. 1897. pag. 197). Es empfiehlt sich in den Krankenräumen in erster Linie Topfpflanzen aufzustellen, da diese nicht leicht welken, und sie auf einem geeigneten einfachen eisernen Blumentisch (Fig. 23), ohne Verzierungen, in der Mitte des Saales oder in der Nähe des Fensters zu placiren. Zweckmässig kann man mit einem solchen Blumentisch eine kleine Zimmerfontaine verbinden, welche einen Sprühregen feinster Wassertröpfchen in der Luft verbreitet und hierdurch dieselbe abkühlt und erfrischend macht. Jedoch ist darauf zu achten, dass die Versprühung des Wassers möglichst geräuschlos erfolgt. Eine ähnliche Wirkung haben

die in mannigfachster Form vorhandenen kleinen Zerstäubungsapparate mit zusammendrückbarem Gummiball oder Doppelgebläse und Glaswinkelansatz (Rafraichisseurs). Wir finden hier eine Fülle von auf ähnlichem Princip beruhenden Apparaten, bald mehr, bald weniger elegant ausgestattet; auch Zerstäuber mit automatisch rotirendem Glaswinkelansatz sind angegeben worden, um die Besprühung über einen möglichst grossen Luftraum auszudehnen. Eine ähnliche Wirkung hinsichtlich der Anfrischung und Abkühlung der Zimmerluft haben die sogenannten Wasserverdunstungsapparate, denen das Princip zu Grunde liegt, dass sich das zur Verdunstung bestimmte Wasser allmälig auf einer grösseren Fläche ausbreitet und dabei von der Luft aufgenommen wird. Einen sehr einfachen Verdunstungs-

Fig. 27.



Blick in einen modernen Kinderkrankensaal (Amerika).

apparat zeigt Fig. 24; derselbe besteht aus zwei länglichen Glaskästchen, von welchen das eine durch einen eisernen Untersatz etwas erhöht und mit Wasser gefüllt ist. Aus diesem Glaskästchen hängt ein Stück eines wasserstarkaufsaugenden, lampendochtähnlichen Stoffes in das untere Kästchen hinab, und tropfenweise sickert das Wasser, wie durch Heberwirkung, ganz allmälig in das untere Glaskästchen, wobei es von der Oberfläche des Stoffes verdunstet. Etwas complicirter, jedoch auf gleichem Princip beruhend, ist der in Fig. 25 abgebildete Apparat, der auch für Hospitalzwecke wohlgeeignet erscheint. Das Geräth, das die Form eines Ofenschirms nachahmt, besteht aus zwei, einem oberen und einem unteren, horizontalen kleinen aufklappbaren Blechcylindern, welche durch eine vertikale Platte aus rauhem, porösem Gestein verbunden

sind. Wird in den oberen Cylinder Wasser gegossen, so breitet sich dasselbe nach und nach auf der porösen Steinplatte aus und tropft in den unteren Cylinder ab, ebenfalls unter stetem Verdunsten (vgl. Zeitschr. f. Krankenpfl. 1895. pag. 198).

Sodann gehört zur inneren Einrichtung eines jeden Krankensaales eine Wanduhr, welche so aufzuhängen ist, dass die Stellung der Zeiger möglichst von allen Krankenbetten aus deutlich wahrgenommen werden kann. Empfehlenswerth sind besonders für diesen Zweck runde, sogenannte Trommeluhren mit Metallgehäuse und grossem Zifferblatt, welches ein deutliches Ablesen auf weitere Entfernung hin gestattet. Das Geräusch, welches durch das Getriebe des Uhrwerkes hervorgerufen wird, muss so gering als möglich sein; es darf über das sanfte Ticken einer Taschenuhr nicht hinausgehen, damit die Kranken nicht in ihrer Ruhe gestört werden. Daher eignen sich Wanduhren mit grossem Pendel (Regulatoren), mit lautem Schlag oder einem die Zeitabschnitte markirenden Läutewerk nicht für Krankenräume. Wo der Anschluss an eine elektrische Anlage möglich ist, bedient man sich mit Vortheil in den Krankensälen der elektrischen Uhren, welche von einer Centrale aus regulirt werden können und deren Betrieb ein völlig geräuschloser ist. Das Vorhandensein einer zweckentsprechend construirten Wanduhr in jedem grösseren Krankensaale stellt für die Kranken eine grosse Annehmlichkeit dar, deren Beschaffung sich sicher ohne nennenswerthe Schwierigkeiten durchführen lässt. Der ans Bett gefesselte Kranke empfindet es als eine grosse Wohlthat sich in jedem Augenblicke über die Tageszeit orientiren zu können; ihm schleicht die Zeit besonders träge hin, und er freut sich, die allmälige Annäherung des Genesungstages fort und fort constatiren zu können. Von Schmerzen geplagt erwartet er mit Ungeduld die Wiederkehr des Arztes, die Anlegung eines neuen Verbandes etc., und so zählt er Minuten und Stunden bis zur nächsten ärztlichen Visite.

Schliesslich wäre hier noch die Ausschmückung der Krankenräume mit geeigneten Wandbildern zu erwähnen, deren Anblick den Kranken gleichfalls in hohem Maasse Abwechselung und Zerstreuung zu bieten vermag. Mit Recht weist M. Mendelsohn (l. c. pag. 53) darauf hin, dass heutzutage gut ausgeführte Reproductionen von Gemälden berühmter Meister für einen recht geringen Preis zu haben sind, und dass daher einer ausgiebigeren Verwendung dieser Objecte des Krankencomforts aus financiellen Gründen keine erheblichen Schwierigkeiten erwachsen. Die Decoration der Wände der Krankensäle mit einigen hübschen Stichen oder Farbendrucken belebt ungemein die Einförmigkeit des aus hygienischen Gesichtspunkten gewählten Oelfarbenanstrichs und giebt dem ganzen Raume einen freundlicheren und behaglicheren Charakter. Allerdings unterliegt die Auswahl der dargestellten Stoffe therapeutischen Erwägungen; auch in dieser Hinsicht kommen, wie überhaupt in der Krankenpflege, die „Menus soins“ zu ihrer vollen Geltung. Es sollten durchweg Darstellungen erheiternden, anmuthigen Inhalts zur Ver-

wendung gelangen, welche den Kranken von seinen traurigen Gedanken abbringen. Im Hinblick auf die vielfach in den Hospitälern angebrachten Darstellungen religiösen Inhalts erscheint es wichtig darauf hinzuweisen, dass der ernste Eindruck derselben niemals den tröstenden überwiegen darf. Am besten dürften ihren Zweck in den Krankensälen Genrebilder, harmlose Darstellungen aus dem täglichen Leben, hübsche Landschaften erfüllen, und besonders rathsam ist es, die Bilder in den einzelnen Sälen von Zeit zu Zeit mit einander zu vertauschen. Um ängstliche Gemüther, welche meinen könnten, dass durch die Anbringung solcher Bilder die Gefahr der Krankheitsübertragung zu

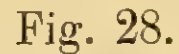


Fig. 28.



Tageraum eines grösseren Specialkrankenhauses (Alland bei Wien).

sehr vergrössert würde, zu beruhigen, könnte man die Art des Aufhängens derselben an den Wänden so wählen, dass man die Bilder in geeignete flache eiserne Wandkästen mit beweglicher Glasthür einstellt, welche einer leichten Desinfection zugänglich sind, den Inhalt von der Aussenluft abschliessen und die sachgemässe Reinigung der Wände nicht behindern.

b) Innere Einrichtung und Ausstattung der Nebenräume.

Es ist als ein sehr wesentlicher Fortschritt auf dem Gebiete des Krankencomforts zu bezeichnen, dass man heutzutage nicht nur auf eine sorgfältigere und bequemere Ausstattung der Krankensäle selbst in den Hospitälern in erhöhtem Maasse Werth legt, sondern sich auch bemüht,

die sich an die eigentlichen Krankensäle anschliessenden Nebenräume mit einer zeitgemässen, den Bedürfnissen der Bequemlichkeit und Behaglichkeit Rechnung tragenden inneren Einrichtung zu versehen. In den älteren Krankenhäusern sahen sich die Kranken, welche stundenweise oder den ganzen Tag über ausser Bett sein durften, also die Leichtkranken und Reconvalescenten, gezwungen, falls Witterung, Jahreszeit oder der Status morbi den Aufenthalt im Freien nicht gestattete, während der ganzen Dauer ihrer Anwesenheit im Krankenhause in den Bettsälen selbst in steter Gemeinschaft mit den ununterbrochen das Bett hütenden Schwerkranken zu verweilen. Die sich aus diesem Umstande ergebenden Misshelligkeiten sind sehr ins Auge fallende. Das fortwährende Zusammensein mit schwerkranken Personen, der fortdauernde Anblick ihrer Leiden, das ununterbrochene Anhören ihrer Schmerzensäusserungen übt auf das psychische Wohlbefinden und die Gemüthsstimmung der Leichtkranken und Reconvalescenten einen entschieden ungünstigen Einfluss aus. Sodann ist zu bedenken, dass die Luft in den Krankensälen trotz sorgfältigster Handhabung der Ventilationsvorrichtungen immerhin schon durch den gleichzeitigen Aufenthalt einer grösseren Anzahl ausathmender und ausdünstender Menschen in demselben Raume beeinträchtigt wird. Die sich ergebende Nothwendigkeit, die Mahlzeiten in demselben Raume einzunehmen, in welchem die an's Bett gefesselten Schwerkranken ihre krankhaften Absonderungen und Ausscheidungen entleeren, und in gleicher Weise die durch Aufstellung der Krankenbetten bedingte Raumbehinderung in den Krankensälen, der Mangel geeigneter Tische zur Servirung des Essens wirken vermindernd auf die Esslust der Kranken ein. Andererseits ist der Aufenthalt der aufstehenden Kranken belästigend und ruhestörend für die Schwerkranken, da die ausser Bett befindlichen Personen sich natürlich am Tage nicht andauernd ruhig verhalten, sondern mit einander Gespräche führen, im Zimmer auf und nieder gehen etc. Die Wahrnehmung dieser Uebelstände hat in letzter Zeit dazu geführt, in den Hospitälern besondere Aufenthalts- und Gesellschaftsräume für die Leichtkranken und Reconvalescenten, in welchen sie bei Tage längere oder kürzere Zeit, je nach dem Ermessen des Arztes verweilen, zur Verfügung zu stellen. Diese sog. Tagesräume bilden heutzutage einen nothwendigen Bestandtheil der Hospitäler.

Es sind gewöhnlich grössere Säle, welche in den meisten Krankenhäusern die leichteren Kranken aus verschiedenen Krankenabtheilungen zusammen beherbergen. In einer Anzahl von Hospitälern hat eine jede Station ihren eigenen Tageraum, welcher dann entsprechend kleiner ist und in unmittelbarster Nähe der betr. Krankensäle liegt. In den neueren Special-Krankenhäusern, welche ausschliesslich der Aufnahme gleichartig oder ähnlich Erkrankter dienen, ist gewöhnlich ein grösserer Tageraum vorhanden, der je nach der materiellen Dotirung der Anstalt möglichst comfortabel für gesellschaftliche Zwecke hergerichtet ist. Da die Infectionsgefahr zwischen den einzelnen Kranken, welche sich im Tage-

raum aufhalten, in viel geringerem Maasse zur Geltung kommt, als in den eigentlichen Krankensälen, so ist es keineswegs nöthig, bei der inneren Einrichtung und Ausstattung dieser Räume mit derselben Sorgfalt und Aengstlichkeit nur solche Materialien zu verwenden, welche sich gegen eine häufige Behandlung mit Desinficientien besonders widerstandsfähig erweisen, wie Glas und Eisen; immerhin empfiehlt es sich, auch bei der Ausstattung der Tagesräume darauf zu achten, dass dieselben von Zeit zu Zeit einer gründlicheren Desinfection unterworfen werden können. Von besonderer Wichtigkeit ist es, auch in diesen Räumen für eine gute Ventilation und ausreichende Helligkeit Sorge zu tragen.

Fig. 29.



Speisesaal eines grösseren Specialkrankenhauses (Alland bei Wien).

Der Fussboden der Tageräume erhält gewöhnlich Linoleumbelag. Wände und Decke brauchen der Verzierungen nicht in dem Maasse zu ermangeln, wie in den eigentlichen Krankensälen; es kann vielmehr hier durch Anbringung von Stuck, Paneelen etc. der wohnliche und freundliche Charakter der Räume erhöht werden. Auch eine reichliche Verwendung von Pflanzenschmuck, wie er durch die Aufstellung von mit Topfpflanzen besetzten Bänken an den Wänden und von in Kübeln gezogenen Lorbeer- und Tannenbäumchen oder Palmen dargestellt wird, wird in diesen Räumen einen günstigen Eindruck auf das Wohlbefinden der Kranken und Reconvalescenten nicht verfehlen. Was die sonstige Ausstattung der Tageräume anlangt, so finden wir, falls dieselben gleich-

zeitig als Speisesäle für die Kranken benutzt werden, in der Mitte der Räume lange Tafeln aufgestellt, mit einer entsprechenden Anzahl von Holzstühlen besetzt, an welchen die Kranken in den Zeiten zwischen den einzelnen Mahlzeiten sich durch Lesen, Schreiben, Handarbeiten und dergleichen unterhalten. In vielen neueren Hospitälern sind eine ganze Anzahl von Tageräumen für verschiedene, besondere Zwecke vorhanden. Da giebt es besondere Speisesäle, besondere Erholungsräume (Orangerieen), besondere Lese- und Schreibsäle (Bibliotheksäle), Spielsäle, Säle zum Malen, Zeichnen, Modelliren, Säle zum Ausführen leichter Handarbeiten und Handfertigkeiten (Krankenwerkstätten). Insbesondere in Amerika und in England sind diese Räumlichkeiten in zweckmässigster und reichster Weise ausgestattet. (Vergl. S. Placzek, Die medicinische Wissenschaft in den Vereinigten Staaten. Leipzig 1894. G. Thieme[1]). Referat: Zeitschr. f. Krankenpfl. 1894. pag. 317.) Neuerdings ist man in einigen Specialkrankenanstalten (Lungen- und Irrenheilanstalten) sogar soweit gegangen, zur Erheiterung und Unterhaltung der Kranken eigene Säle für Bühnenaufführungen und musikalische Vorführungen einzurichten.

Ferner gehören zu den Nebenräumen der Krankensäle in den modernen Hospitälern die Abort- und Baderäume. Auch diese einer zeitweisen Benutzung durch die Kranken dienenden Räumlichkeiten bedürfen einer zeitgemässen, der Bequemlichkeit der Kranken Rechnung tragenden Einrichtung. Was zunächst die Aborträume anlangt, so dürfen dieselben einerseits nicht unmittelbar an die eigentlichen Krankensäle anstossen, um eine Communication der Luft zwischen beiden zu verhüten; andererseits dürfen sie aber nicht von den Krankensälen zu weit entfernt liegen, da sie sonst für die Kranken zu schwer erreichbar sind. Vor allen Dingen müssen diese Nebenräume in genügender Anzahl vorhanden sein, entsprechend der Zahl der auf den einzelnen Abtheilungen des Hospitals untergebrachten Kranken. Jedenfalls ist es unumgänglich, dass in den grösseren, allgemeinen Krankenhäusern jedes Stockwerk, beziehungsweise jede Sonderabtheilung eine eigene Closetanlage erhalte. Was die Defäcations-Apparate selbst betrifft, so verwendet man in den neueren Hospitälern durchgehends englische Waterclosets, mit breiter, ellipsoider, sich nach unten trichterförmig verengender Porzellanschüssel, welche an die Wasserleitung angeschlossen sind. Besonders empfehlenswerth sind für Krankenhäuser diejenigen Constructionen, bei welchen die Wasserspülung beim Verlassen des Apparates automatisch in Thätigkeit tritt, da bei ihrer Verwendung das die Kranken anstrengende Emporziehen und Emporhalten des den Wasserzufluss regulirenden Metallhebels in Fortfall kommt. Jeder Abortraum muss mit Waschvorrichtungen versehen sein.

---

[1]) Der Güte der Herren Placzek und Thieme verdanke ich einige der vorstehenden Abbildungen von Krankenhausinterieurs, während mir einige andere durch die Freundlichkeit des Herrn Dr. v. Weismayr, dirig. Arzt der neuen Heilstätte Alland bei Wien, zur Verfügung gestellt wurden. D. Verf.

Ferner müssen die Räume gut ventilirbar sein, jedoch ist auch hier jede Zugwirkung auf die Kranken sorgfältig zu vermeiden.

Der Ausstattung und inneren Einrichtung der Baderäume wird neuerdings in den Krankenhäusern besondere Sorgfalt zugewendet, seitdem die hydro-therapeutischen Methoden bei der Behandlung der verschiedenartigsten Erkrankungen in erhöhtem Maasse zur Anwendung gelangen. In vielen Krankenhäusern finden wir diese Räumlichkeiten mit hervorragender Eleganz ausgestattet; die Wände der Baderäume werden häufig mit Marmor-Platten oder glasirten Kacheln ausgekleidet, der

Fig. 30.

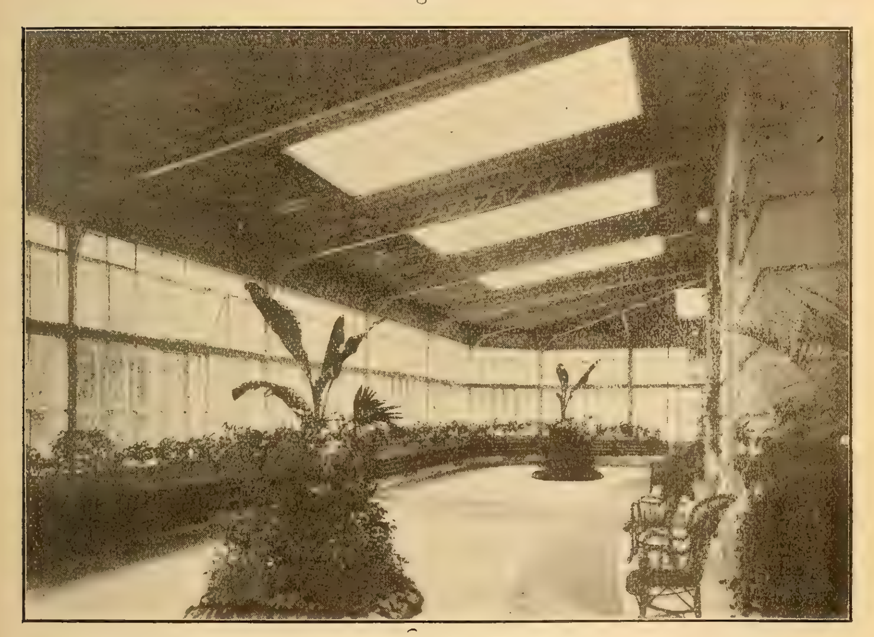


Erholungsraum eines modernen Hospitals (Amerika).

Fussboden mit Linoleum oder Korkplatten bedeckt, die Fenster mit gematteten Scheiben versehen. Die Temperatur der Luft in den Baderäumen muss dauernd eine wärmere sein, als die in den Krankensälen, ca. 19—20° R., da die Kranken in diesen Räumen längere Zeit hindurch in unbekleidetem Zustande verweilen und insbesondere nach der Vornahme von heissen Bädern etc. in besonders hohem Grade der Gefahr einer Erkältung ausgesetzt sind. Die zur Vornahme von Vollbädern dienenden Wannen werden meist aus Zink, wenn die Mittel der betreffenden Anstalt es gestatten, auch aus Kupfer hergestellt. Diese Metallwannen sind jedenfalls den eingemauerten, mit glasirten

Steinen ausgelegten Badebecken vorzuziehen, da schwächliche Kranke und Reconvalescenten leicht auf den glatten Steinen ausgleiten. Ausser den zu Vollbädern bestimmten Wannen finden in den Baderäumen noch eine ganze Reihe kleinerer beweglicher Bade-Apparate zur Vornahme der verschiedenen hydro-therapeutischen Proceduren Aufstellung, insbesondere kleinere Metallwannen zur Vornahme von Theilbädern, Sitzbadewannen, Fussbadewannen, Armbadewannen, ferner Apparate zur Vornahme von Dampf- und Heissluftbädern etc. An die Baderäume schliessen sich in den grösseren Anstalten besondere Douche-Cabinette an ,welche mit Douche-Einrichtungen und Brauseapparaten mannigfaltig-

Fig. 31.



Wintergarten eines grösseren Specialkrankenhauses (Alland bei Wien).

ster Form versehen sind. Ein genaueres Eingehen auf diese Vorrichtungen, welche in den Lehrbüchern über Hydro-Therapie ausführlich beschrieben worden sind, würde den Rahmen dieser Ausführungen überschreiten. Ich verweise hier auf die bekannten Werke von Winternitz, Glax u. A. Praktische Rathschläge für die Ausstattung dieser Räume finden sich auch schon in Band I dieses Handbuches (vergl. G. Liebe, Fürsorge für Lungenkranke pag. 303).

## c) Die Umgebung der Hospitäler.

Die Fürsorge für den Krankencomfort erstreckt sich bei den Hospitälern der Neuzeit nicht nur darauf, das Innere der eigentlichen Krankenräume und der von den Kranken vorübergehend benutzten Neben-

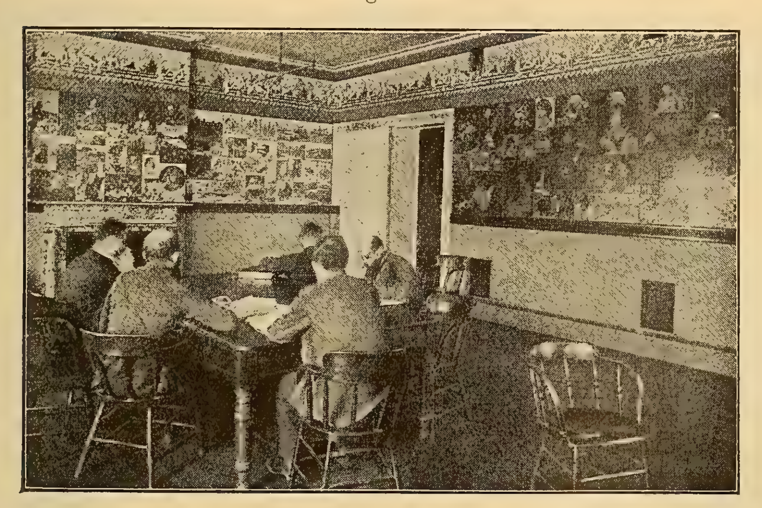
räume, welche innerhalb des Hospitals selbst gelegen sind, möglichst zweckentsprechend und dabei doch möglichst bequem und behaglich zu gestalten, sondern es wird neuerdings auch mehr und mehr Werth darauf gelegt, die Umgebung der Krankenanstalten mit Allem zu versehen, was erfreuend und erquickend auf das Gemüth der Kranken einzuwirken vermag. Nachdem man erkannt hatte, dass es zweckmässig sei, die Leichtkranken und Reconvalescenten, also denjenigen Theil der Krankenhausinsassen, welcher den ganzen Tag über ausser Bett sein darf, möglichst viel und möglichst oft, natürlich, so weit die Witterungsverhältnisse und die besondere Art der Erkrankung es gestatten, ins Freie zu schicken, damit frische Luft und Sonnenlicht ihre wohlthätige Wirkung auf den erschöpften oder in der Genesung begriffenen Organismus in ausgiebigem Maasse entfalten können, ist das Bestreben hervorgetreten, den sich ergehenden und erholenden Kranken auch den Aufenthalt im Freien möglichst angenehm zu machen.

Man betrachtet es heutzutage als unerlässlich, dass ein jedes Krankenhaus von grösseren Gartenanlagen umgeben ist, in welchen die Kranken lustwandeln können. Bei denjenigen Krankenhäusern, welche auf dem Lande gelegen sind, lässt sich diese Forderung viel leichter erfüllen, als in grösseren Städten, wo Grund und Boden knapp und theuer sind, und die speciellen örtlichen Verhältnisse oft einer wünschenswerthen Gestaltung der Hospital-Umgebung hindernd in den Weg treten. Die älteren Hospitäler in den grossen Städten haben vielfach nach dieser Richtung hin mit Schwierigkeiten zu kämpfen. In der besten Lage befinden sich die in landschaftlich schöner und reizvoller Gegend erbauten Krankenanstalten in den Cur- und Badeorten. Hier bietet die Natur selbst durch unmittelbar an die Anstalt angrenzende, von Quellen durchrieselte und von schattenreichen Pfaden durchzogene Waldungen oft eine geeignete Umgebung dar.

In den grösseren Städten stehen derartige Vortheile hingegen nicht zu Gebote, und es ist daher auch vom Gesichtspunkte des Krankencomforts, nicht nur aus rein hygienischen Erwägungen, ausserordentlich wünschenswerth, dass durch die nach und nach sich vollziehende Verlegung der grösseren städtischen Krankenhäuser an die Peripherie der betreffenden Städte, für die Schaffung einer zweckmässigeren und comfortableren Umgebung der Anstalten Spielraum geschaffen wird. Am geeignetsten ist es, gleich bei der Erbauung neuer Krankenanstalten solche Terrains zu bevorzugen, welche einen grösseren Parkbestand mit alten, schattigen Bäumen aufweisen, aus welchem sich ein entsprechender Hospital-Garten gewinnen lässt. Natürlich muss ein solcher Garten auch freie Plätze enthalten, zu welchen die Sonnenstrahlen ungehindert Zugang finden, da für viele Kranke gerade ein länger dauernder Aufenthalt im wärmenden und belebenden Sonnenschein besonders wünschenswerth ist. Wenn auch hier keineswegs die über das Ziel hinausschiessende Forderung erhoben werden soll, dass die Hospitalgärten unbedingt mit grossem materiellem Aufwande ausgestattet werden sollen, so erscheint es doch

hinwiederum nicht überflüssig, hervorzuheben, dass, nach Maassgabe der zu Gebote stehenden Mittel, in jedem Falle auf eine möglichst sorgfältige und geschmackvolle Gestaltung dieser Anlagen gesehen werden sollte. Hier, wie überhaupt auf dem Gebiete des Krankencomforts ist für die Bestrebungen wohlthätiger Vereine noch ein weites Feld offen, durch dessen Bebauung viel dazu beigetragen werden kann, die in den Hospitälern untergebrachten Kranken zu erfreuen und zu erquicken. Mit Hülfe der von solchen Gesellschaften gesammelten Fonds könnten die Hospitalgärten mit Veranden, Laubgängen, Wandelhallen geschmückt und mit Ruhesitzen, Blumenbeeten, plastischen Darstellungen etc. versehen werden, in viel höherem Maasse, als dies gegenwärtig geschieht und möglich ist. Während in England und Amerika derartige Bestrebungen

Fig. 32.



Spielraum eines amerikanischen Siechenhauses.

bereits seit längerer Zeit in umfassendem Maasse eine segensreiche Wirksamkeit entfaltet haben (vergl. v. Leyden: Ueber Special-Krankenhäuser, pag. 18), sind in Deutschland dieselben erst in den letzten Jahren mehr und mehr in Aufnahme gekommen.

### d) Krankencomfort für bestimmte Maassnahmen der Krankenpflege.

Wie wir bereits erwähnt haben, gehört in das Gebiet des Krankencomforts nicht nur die sachgemässe und zweckentsprechende innere Einrichtung und Ausstattung der den Kranken zum Aufenthalt dienenden Räumlichkeiten, sondern auch eine nicht geringe Anzahl besonderer technischer Vorrichtungen, welche eigens zur bequemeren und für den Kranken schonenderen Ausführung bestimmter, in der Krankenpflege besonders häufig angewendeter Maassnahmen am Krankenbette zur An-

wendung gelangen und deren Vorhandensein somit sehr wesentlich dazu beitragen kann, die Leiden der Kranken zu verringern und die Wiedergenesung zu fördern. Gerade in der Gegenwart ist man besonders eifrig bestrebt, diese Hilfsmittel des Krankencomforts fort und fort zu verbessern, zu vereinfachen und auch zu verbilligen, um ihre Beschaffung und Verbreitung möglichst zu erleichtern. Ganz im Gegensatz zu früheren Zeiten darf man heute mit Recht stolz darauf sein, dass unsere grossen Krankenhäuser mit Allem, was nur immer an neuen Apparaten und Geräthschaften des Krankencomforts sich als zweckmässig und als ein Fortschritt gegenüber den bisherigen Methoden erweist, von den Verwaltungen in ausreichendem Maasse bedacht werden, so dass es in der That dahin gekommen ist,

Fig. 33.



Saal zum Modelliren, Zeichnen und Malen in einer Anstalt für Geisteskranke (Amerika).

dass in den modernen Hospitälern, nicht etwa nur in den Privatanstalten, sondern auch in den grossen öffentlichen Krankenhäusern, welche der Staat und die Gemeinden errichten, dem Kranken die technischen Hilfsmittel der Krankenpflege in solchem Umfange und in solcher Mannigfaltigkeit zur Verfügung gestellt werden, wie sie selbst dem begüterten Privatmann selten erreichbar sind. Das Verhältniss hat sich in letzter Zeit nahezu umgekehrt; während früher die Krankenhäuser aller dieser gegenständlichen Zurüstungen und Erleichterungsmittel fast gänzlich ermangelten, und dieser „Luxus“ nur wenigen materiell gut gestellten Persönlichkeiten zugänglich war, finden wir in den heutigen neuen Krankenanstalten alle Vorrichtungen und Vorkehrungen des Kran-

kencomforts auf einem so hohen Niveau, dass eine Schilderung der technischen Hilfsmittel für die verschiedenen, besonderen Maassnahmen der Krankenpflege, wie sie in den Krankenhäusern zur Verwendung gelangen, gleichzeitig den erreichten Höhepunkt in der Entwickelung des Krankencomforts überhaupt in charakteristischer Weise wiederspiegelt. Eine solche Schilderung zu versuchen, soll der Zweck der folgenden Zeilen sein.

### α) Lagerung der Kranken.

Schon bei der Besprechung der für Hospitäler geeigneten Krankenbettstellen haben wir darauf hingewiesen, dass selbst die zweckmässigste innere Ausstattung der Krankenbetten dem Kranken keine gute Ruhestatt zu verschaffen vermag, wenn der metallene Bettboden nicht in geeigneter Weise construirt ist. Andererseits ist aber natürlich auch die Qualität der inneren Betteinrichtung für das Wohlbefinden des Kranken von höchster Bedeutung, da er mit den inneren Bestandtheilen des Krankenbettes in eine viel innigere Berührung kommt. Nach den Anschauungen der heutigen Krankenpflege gehört zu einem jeden Krankenbette vor Allem eine gute Lagerungs-Matratze, welche dem metallenen Bettboden unmittelbar aufliegt. Eine solche Matratze, deren Grösse derjenigen des Bettbodens entspricht, bildet die eigentliche Polsterung für das Krankenbett. Das wichtigste an diesen Matratzen ist das in ihnen enthaltene Füllmaterial, von dessen Beschaffenheit und zweckmässiger Auswahl die Elasticität der Matratze, ihre nothwendigste Eigenschaft, abhängt.

In den neueren, reicher ausgestatteten Krankenhäusern kommen vorwiegend mit Rosshaar gefüllte Polster-Matratzen zur Verwendung, welche ihren Zweck in besonders vorzüglicher Weise erfüllen. Die Rosshaarmatratzen besitzen einen sehr hohen Grad von Elasticität, sind aber ziemlich theuer, so dass ihrer Beschaffung in weniger gut dotirten Krankenanstalten erhebliche Schwierigkeiten entgegenstehen. Immerhin ist ihre Verwendung in den Krankenhäusern als ein grosser Fortschritt gegenüber früheren Zeiten zu verzeichnen, in denen man sich überall in den öffentlichen Krankenanstalten mit Strohsäcken begnügte. Es soll durchaus nicht geleugnet werden, dass ein Kranker nicht auch auf einem Strohsacke genesen könne, wenn seine Herrichtung und Instandhaltung in zweckmässiger Weise ausgeführt wird; angesichts der nicht unerheblichen Nachtheile hingegen, welche die Strohsäcke gegenüber den Rosshaarmatratzen aufweisen, ist es wünschenswerth, dass die Letzteren in den Hospitälern zu immer weiterer Verbreitung gelangen. Abgesehen von der nur sehr geringen Elasticität, welche die Strohsäcke besitzen, und infolge deren sie sich leicht an bestimmten Stellen, welche dauernd einem grösseren Drucke ausgesetzt sind, einliegen, kommt es häufig bei Durchnässung der Strohmatratzen zu einem Fauligwerden des Strohes, welches alsdann einen modrigen Geruch annimmt. Hierdurch wird wiederum ein oftmaliges Erneuern des Füllmaterials nothwendig,

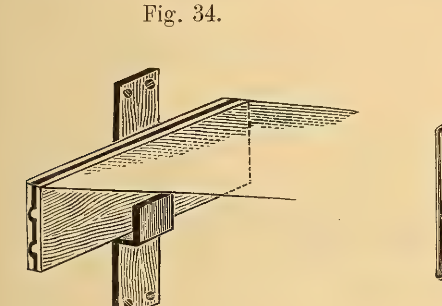
welches zwar keine grossen Kosten, wohl aber viele Mühe und Zeitversäumniss für die Krankenwartung im Gefolge hat. Zur Füllung der Strohsäcke dient parallel liegendes Richtstroh, das natürlich absolut trocken sein muss und in dem Leinensack, der es umhüllt, möglichst gleichmässig vertheilt wird. Die Rosshaarmatratzen müssen gleichfalls gut gestopft und bombirt d. h. so abgesteppt sein, dass die einzelnen Rosshaarballen nicht ihre Lage zu einander wesentlich verändern können. Durch dieses Verfahren wird erreicht, dass die Oberfläche der Matratze glatt und schmiegsam bleibt und doch einen hinreichenden Grad von Elasticität bewahrt. In ähnlicher Weise wird das zugehörige Rosshaarkeilkissen hergerichtet. Da die Rosshaarmatratzen so theuer sind, hat man verschiedentlich den Versuch gemacht, das Rosshaar durch ein wohlfeileres Füllmaterial zu ersetzen. Bei der Auswahl eines geeigneten Rohstoffes für diesen Zweck kommt es jedoch nicht nur darauf an, dass derselbe eine genügende Elasticität besitzt, sondern er muss auch möglichst haltbar und widerstandsfähig gegen äussere Einflüsse und leicht desinficirbar sein. Die wichtigsten Füllmaterialien, welche hier als Surrogate in Betracht kommen, sind Seegras, Indiafaser, Kapok und Crin d'Afrique. Von diesen Materialien sind Seegras und Indiafaser die billigeren und stehen dem Stroh näher, Kapok und Crin d'Afrique sind theurer, aber auch haltbarer. Eine ausreichende Desinfection lässt sich in allen Fällen erzielen. In neuester Zeit ist auch der geschrotene Kork als Matratzenfüllung für Krankenhausbetten empfohlen worden (vgl. Deutsche Krankenpfl.-Zeitung 1898. No. 15), und die bisher damit gemachten Erfahrungen scheinen günstige zu sein. Immerhin dürften die Rosshaarmatratzen als die vorzüglichsten ihren Platz behaupten. Die an und für sich sehr empfehlenswerthen dreitheiligen Rosshaarmatratzen, welche ein zeitweises Auswechseln der einzelnen Theile gestatten, sind für Krankenhäuser ihres hohen Preises halber ungeeignet.

Auf die Polstermatratze kommt in allen Krankenbetten eine wasserundurchlässige Decke von gummirtem Stoff, aus Vorsicht, um eine Benetzung der Matratze, die bei jedem bettlägerigen Kranken leicht eintreten kann (Urin, Schweiss; Ausspülungen etc.), zu vermeiden. Es empfiehlt sich zur Bedeckung der Matratze ausschliesslich Gummituch zu verwenden, welches auf beiden Seiten mit Gummi imprägnirt ist, da die einseitige Gummirung leicht undicht wird. Man benutzt zweckmässig ein rechteckiges Stück von 1,5 m Länge und 1 m Breite, welches so auf der Matratze angeordnet wird, dass seine Mitte etwas oberhalb des Centrums der Matratze zu liegen kommt. Die Gummirung des Stoffes darf auch nicht zu dünn sein, wenn der Zweck dauernd erreicht werden soll. Ob rother, grauer oder schwarzer sog. Patentgummi zur Imprägnation verwendet wurde, ist irrelevant. Am meisten Verwendung finden in Deutschland die grauen Unterlagen.

Die Gummiunterlage wird mit einem leinenen Bettlaken bedeckt, das möglichst oft erneuert werden muss. Jedenfalls ist stets ein

neues Leinentuch erforderlich, sobald eine Verunreinigung oder Durchnässung des Lakens erfolgt ist. Wichtig ist es, dass das Leinentuch keine Naht hat, da eine solche den Kranken sehr durch Druck belästigen würde und ihm leicht einen Decubitus verursachen könnte, ein Ereigniss, dem vorzubeugen eine der ersten Pflichten der Krankenpflege ist. Aus dem letzteren Grunde ist es auch nothwendig, das Bettlaken möglichst faltenlos zu erhalten. Dieses ist eine oft recht schwierige Aufgabe, da viele Kranke infolge ihrer Schwäche und Hülflosigkeit die Neigung zeigen, nach dem Fussende des Bettes zu herabzugleiten, wobei sie das Bettlaken mit herunterziehen, so dass hier das einfache, gewöhnlich geübte Unterstecken der Lakenränder unter die Polstermatratze nicht ausreicht. Um diesem Uebelstande abzuhelfen, hat man besondere Vorrichtungen, die sog. Bettlaken-Spanner, construirt, welche, am Bette in geeigneter Weise angebracht, das Bettlaken dauernd in faltenloser Lage erhalten. Eine Spannvorrichtung für Bettlaken hat J. Kurzbauer

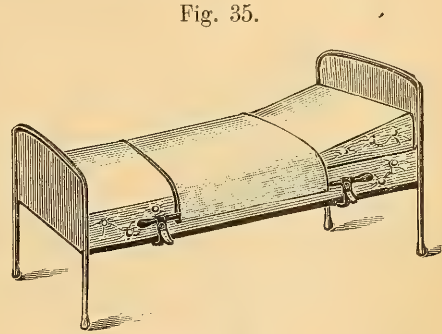
Fig. 34.





Spannklammern für Bettlaken nach J. Kurzbauer.

Fig. 35.



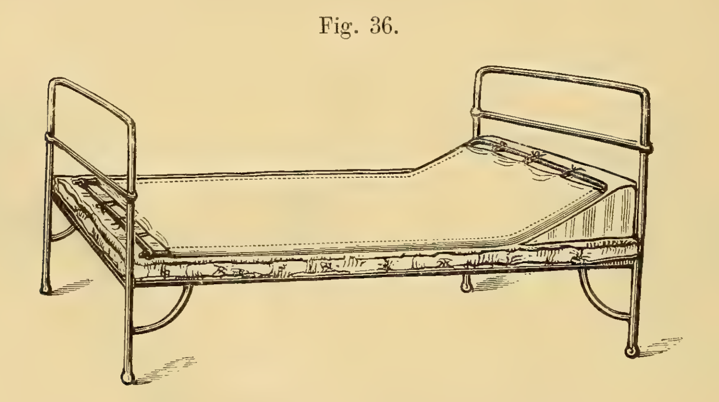
Bettspanner nach Grotjahn.

beschrieben (vgl. Zeitschr. f. Krankenpfl. 1895. pag. 138). Dieselbe besteht aus zwei Paar hölzerner Klammern, in welche das Bettlaken eingeklemmt wird; alsdann wird ein Klammerpaar am Kopfende, eins am Fussende der Krankenbettstelle in einem hier angeschraubten Halter befestigt. Die Spannung des Bettlakens lässt sich durch nach Belieben fortgesetztes Aufwickeln auf die Holzklammern reguliren. Eine andere Vorrichtung, welche ähnlichen Zwecken dient, ist von Grotjahn angegeben worden (vgl. Zeitschr. f. Krankenpfl. 1897. pag. 63): sie besteht aus zwei Stäben, welche durch ein endloses Gewebe aus Stoff gesteckt und mittelst entsprechender Haken an den unteren Rändern der Bettseiten befestigt werden. Die Verwendung des „Lakens ohne Ende" bietet dabei noch den Vortheil, dass man bei eingetretener Durchnässung durch seitliches Verziehen des Spanntuches leicht eine frische Unterlage für den Kranken schafft. Durch anziehbare Lederschlaufen kann die Spannung beliebig erhöht werden. Für Krankenhäuser eignen sich besonders Bettlakenspanner, welche aus einem viereckigen Eisenrahmen

bestehen, dessen eine, dem Fussende des Krankenbettes entsprechende Seite abnehmbar ist, und erst, nachdem das mit zwei seitlichen Säumen versehene Laken auf die den Längsseiten des Bettes entsprechenden Eisenstäbe aufgezogen ist, in den Rahmen eingesetzt wird (Fig. 36). Am Fussende und Kopfende wird das Laken durch einige Bänder befestigt. Ebensowenig wie Falten des Betttuches dürfen irgendwelche Krümel den Kranken belästigen.

Nicht minder wichtig als die Unterlage, auf welcher die Kranken ruhen, ist die Ausstattung der Krankenbetten mit geeigneten sonstigen Bettstücken. Unterbetten hat man für Kranke schon seit Langem verworfen, weil dieselben die Kranken zu sehr erhitzen und sich zu ungleichmässig eindrücken. Als Deckbett dient in den modernen Hospitälern kein Federbett, sondern zwei wollene Decken, von welchen die untere gewöhnlich mit einem Leinenbezuge versehen oder mit einem

Fig. 36.



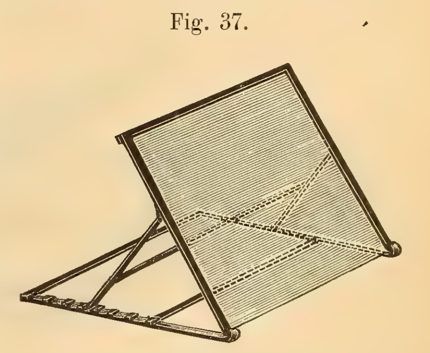
Bettlakenspanner nach P. Jacobsohn.

Bettlaken umhüllt wird, das an den vier Ecken mit einigen Stichen festgenäht wird; die obere wollene Decke wird meist in der Mitte gefaltet, also in zweifacher Lage, darüber in der Gegend des Fussendes des Bettes ausgebreitet. Da die Krankenräume der Hospitäler sowohl im Sommer, wie im Winter durch zweckmässige Bedienung und Verwendung geeigneter Beheizungs- und Abkühlungsvorrichtungen Tag und Nacht hindurch in möglichst gleichmässiger Lufttemperatur erhalten werden sollen, unabhängig also von Aussentemperatur und Witterungseinflüssen, so kann auch die innere Ausstattung der Krankenbetten, beziehungsweise die Zahl der in ihnen angeordneten Bedeckungsstücke überall und stetig die gleiche sein. Wir haben schon weiter oben darauf hingewiesen, dass anämische und sehr schwächliche Kranke, insbesondere solche mit mangelhafter Herzthätigkeit im Allgemeinen wärmer zu halten sind, während fiebernde Kranke, wie allgemein bekannt, eine etwas kühlere, unmittelbare Umgebung brauchen. Dementsprechend wird man gut thun, bei der Bedeckung dieser Kategorien von Kranken insofern individualisirend zu

verfahren, als man je nach Bedarf die Zahl der wollenen Decken über die Norm vermehrt oder vermindert.

Was die Unterlagen speciell für den Oberkörper und den Kopf anlangt, so ist ein Rosshaarkeilkissen bereits als besonders zweckmässig erwähnt worden. Ueber dasselbe kommt ein leichtes, mit Leinenbezug versehenes Federkopfkissen. Im Allgemeinen ist es zweckmässig, das Rosshaarkeilkissen so zu wählen, dass die kleinste Kathete seines dreieckigen Durchschnittes nur eine geringe Ausdehnung hat, weil die meisten Kranken sich in flacherer Rückenlage wohler fühlen. Kranke, welche aus irgend einem Grunde dyspnoïsch sind, also in erster Linie Lungen- und Herzkranke, haben das Bedürfniss, mit bald mehr, bald weniger erhöhtem Oberkörper, häufig sogar in fast sitzender Stellung zu liegen. Hier wird es oft nöthig sein, dem Kranken eine bequemere Lagerung und Unterstützung dadurch zu verschaffen, dass man noch ein zweites Keilkissen ihm unter den Rücken schiebt. Um die Möglichkeit zu haben, die Erhöhung des Oberkörpers in bequemer Weise je nach zeitweiligem Erforderniss mehr oder weniger ausgiebig zu machen und feiner zu dosiren, hat man besondere Lagerungs-Apparate construirt, die sogenannten verstellbaren Keilrahmen, welche, wie alle übrigen Geräthschaften des Krankencomforts in den Hospitälern am besten aus Eisenstäben hergestellt werden, die zu einem keilförmigen, mit Segeltuch überspannten Gerüst verbunden sind, so zwar, dass die hintere Seite des Keiles beweglich und beliebig in eine horizontale Zahnstange einstellbar gemacht ist. Es ist wünschenswerth, dass in den Krankenhäusern mehrere derartige Apparate vorräthig gehalten werden, da ihre Verwendung den Kranken oft vorzügliche Erleichterung ihrer Beschwerden darzubieten vermag. Jedoch ist es empfehlenswerth, bei der Anschaffung dieser Vorrichtungen darauf zu achten, dass eine an der Vorderseite quer verlaufende Eisenstange, welche man häufig an den Keilrahmen antrifft, vorher beseitigt wird, da diese erfahrungsgemäss einen lästigen Druck auf den Rücken des Kranken ausübt. Besonders zweckmässig sind diejenigen Keilrahmen, bei welchen eine ausreichende Spannung des Segeltuchbezugs durch elastische Federung des Rahmens selbst erreicht wird (E. Lentz). Eine weitere zweckmässige Verbesserung stellen ferner die neuerdings von Bradt angegebenen Keilrahmen dar, die mit einem Handrade und Schraubvorrichtung versehen sind und vom Kranken selbst verstellt werden können (Therapie der Gegenwart. 1899. No. 3). Die hölzernen Keilrahmen passen besser für den Privatgebrauch; dieselben werden

Fig. 37.

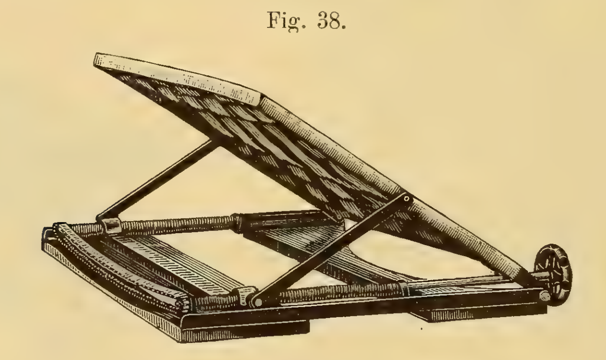


Verstellbarer Keilrahmen für Krankenbetten.

mit und ohne seitliche Armstützen hergestellt. Eine andere, sehr zweckmässige Vorrichtung zur Unterstützung des Rückens bei im Bette sitzenden, schwachen Kranken und Reconvalescenten ist die von Ohrtmann angegebene Rückenlehne (vgl. Zeitschr. f. Krankenpfl. 1896. pag. 45). Sie besteht aus einem, in der Höhe schmalen, aber ziemlich breiten, gepolsterten Rückenkissen, welches an einem mit verstellbarer Schnalle versehenem Lederriemen angebracht ist, der seinerseits um die Bettpfosten des Fussendes herumgeführt wird (Fig. 39).

Aber nicht nur der Rücken der Kranken bedarf häufig einer zweckmässigen Unterstützung durch besondere Lagerungsgeräthe, sondern die Anwendung derselben kann für die verschiedensten Körpertheile nothwendig werden, je nachdem man das betreffende Glied bald höher oder niedriger lagern oder auch den Druck der Unterlage auf das Glied verringern will. Die Hochlagerung einzelner Körpertheile erzielt man häufig schon in ausreichender Weise durch das Unterschieben geeigneter Lagerungs-

Fig. 38.

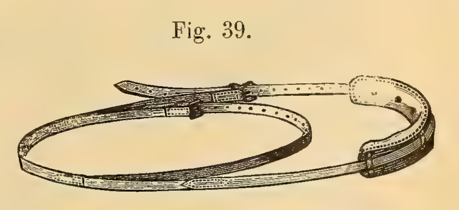


Verstellbarer Keilrahmen nach G. Bradt.

kissen, welche je nach dem besonderen Zweck und je nach der im Einzelfalle zu unterstützenden Körperpartie bald kleiner oder grösser, länger oder kürzer, breiter oder schmäler gestaltet werden. Besonders häufig gelangen solche Lagerungskissen als Unterstützungsmittel für den Kopf und die Extremitäten zur Verwendung. Man stellt die Kissen aus Leder, Leinwand, Gummi etc. her; als Füllmaterial dienen Rosshaar, Polsterwatte, Holzwolle, Seegras, Moos, Haferspreu, Hirsespreu, Sand, Luft Wasser. Ausserordentlich angenehm für den Kranken, in erster Linie zur Unterstützung des Kopfes, sind leichte, weich gegerbte, kleine viereckige Lederkissen (Sämischleder) mit Rosshaarfüllung, welche je nach Erforderniss unter den Hinterkopf oder die Schläfengegend des Kranken geschoben werden. Diese Kissen haben ausser ihrer grossen Schmiegsamkeit noch den Vortheil, dass sie, auch wenn der Kranke längere Zeit auf ihnen liegt, kühl bleiben; auch ist der Preis derselben kein sehr hoher. Zur Hochlagerung und Weichlagerung der Schultern, Arme, Hände, des Beckens, der Schenkel und Füsse wählt man meist Lagerungssäcke aus Leinwand mit Moos-, Watte-, Spreu- oder Sandfüllung.

Die Moos- und Wattekissen sind natürlich wohlfeiler als die Rosshaarkissen, und bilden dennoch eine recht weiche Unterlage; allerdings fehlt ihnen das angenehm kühlende der Lederkissen. Ein weiterer Vortheil ergiebt sich bei der Verwendung von Moos, Holzwolle, Holzwollwatte als Füllmaterial durch die grosse Aufsaugungsfähigkeit dieser Stoffe, welche sie in besonderem Grade in solchen Fällen als Lagerungsmittel empfehlenswerth erscheinen lässt, wo eine häufige Durchnässung und Benetzung der Lagerstatt mit Ausscheidungen und Entleerungen der Kranken zu erwarten ist (vgl. Sander, Ueber Moosbetten und Decubitus. Zeitschr. f. Krankenpfl. 1897. pag. 253). In den Irrenanstalten, wo die Pflege unreinlicher Kranker besonders häufig in Frage kommt, hat man in letzter Zeit mit Erfolg den Versuch gemacht, die gesammte Bettunterlage aus derartigen Stoffen herzustellen. So benutzt Sander in der städtischen Irrenanstalt in Frankfurt a. M. ein Lager aus langfaserigem Moos, das mehrfach gewaschen werden kann und eine wesentliche Ersparniss zulässt; Näcke (Zeitschr. f. Krankenpfl. 1896. pag. 20) bedient sich eines Lagers aus grober Holzwolle, durch welche der Urin der bettnässenden Geisteskranken in ein unter dem Bette stehendes Gefäss abfiltrirt wird. Auch ein solches Holzwolllager lässt sich mehrfach waschen und nach der Trocknung wieder benutzen. Wird ausser der Hochlagerung der betreffenden Körpertheile gleichzeitig eine seitliche Unterstützung derselben im Krankenbette beabsichtigt, so sind mit Sand gefüllte Säcke und Kissen am Platze, die durch ihre Schwere geeignet sind, das betreffende Glied in der gewünschten Lage zu erhalten.

Fig. 39.

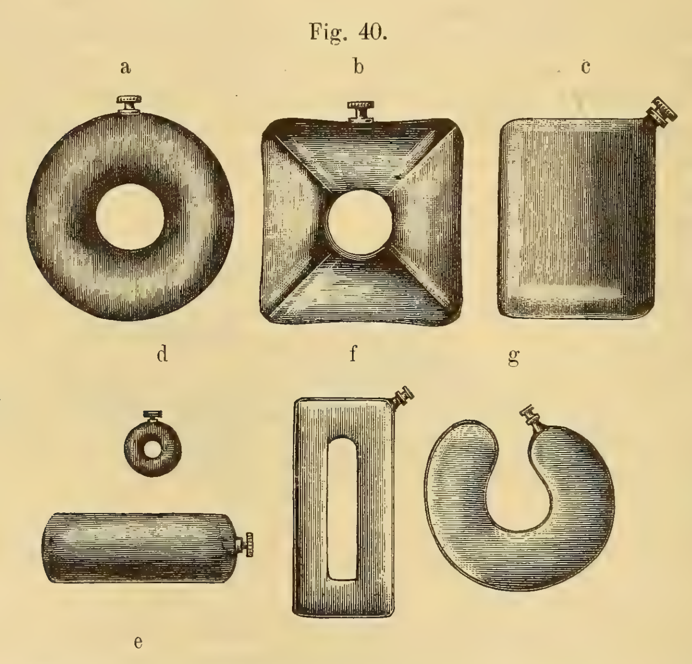


Betträckenlehne nach Ohrtmann.

Ein sehr wichtiges, werthvolles und häufig angewendetes Lagerungsmittel bilden die mit Luft gefüllten, aufblasbaren Gummikissen, welche neuerdings in den verschiedensten Formen hergestellt werden, je nach der besonderen Beschaffenheit der Körperpartie, für welche sie bestimmt sind. Sie bestehen gewöhnlich aus zwei congruenten, entsprechend geformten Gummischeiben, welche an ihrer Peripherie mit einander verlöthet sind. An einem Punkte dieser Peripherie befindet sich eine durch Schraubenventil verschliessbare Oeffnung, durch welche die zur Füllung nothwendige Luft eingeblasen wird. Um das Einblasen der Luft von Seiten der Krankenwartung zu erleichtern, hat man in neuerer Zeit, zuerst in Amerika und England, an den Kissen einen längeren Gummischlauch angebracht, an dessen freiem Ende sich der Schraubenverschluss befindet, so dass vermittels dieser Vorrichtung Luft eingeblasen, beziehungsweise nachgefüllt werden kann, ohne das Kissen aus dem Krankenbette zu entfernen. Die Gummikissen werden fast ausschliesslich aus grauem Weichgummi hergestellt, weil diese Gummi-

art die wohlfeilste ist. Gleichwohl stellen sich die Gummikissen ziemlich theuer, eine Eigenschaft, welche ihre Beschaffung für Krankenanstalten in grösserer Anzahl etwas erschwert. Sie bilden jedoch ein ganz vortreffliches und in vielen Fällen unentbehrliches Hilfsmittel des Krankencomforts, da der Gummi eine Reihe von Eigenschaften besitzt, welche ihn in besonderer Weise für die Verwendung zur Herstellung von Lagerungsgeräthen für Kranke prädestiniren. Diese Eigenschaften sind: erstens seine grosse Elasticität und Geschmeidigkeit, welche ihn befähigt, sich den Formen der Körperoberfläche genau anzuschmiegen, sodann seine absolute Undurchlässigkeit für Luft und Wasser. Man hat in letzter

Fig. 40.




a, b, c Gummiluftkissen verschiedener Form für das Gesäss und den Rücken. d Gummiluftkissen für die Ferse. e Gummiluftkissen für den Nacken. f Gummiluftkissen für das Kreuz mit spaltförmigem Ausschnitt. g Gummiluftkissen für den Hals.

Zeit besondere Luftkissen für den Rücken, für den Nacken, das Gesäss, die Fersen etc. hergestellt, welche sich nach Grösse und Form von einander unterscheiden (Fig. 40). Die Nackenluftkissen sind von cylindrischer Gestalt, einer Schlummerrolle ähnlich, die Luftkissen für den Rücken bilden einen viereckigen oder runden Gummisack. Soll eine circumscripte Körperpartie vollständig vom Gegendruck der Unterlage entlastet werden, so verwendet man Luftkissen, deren Centrum ausgeschnitten und deren Gestalt somit eine ringförmige ist. Das Unterlegen derartiger Ringkissen wird bei Kranken, welche längere Zeit hindurch ununterbrochen das Bett hüten müssen, besonders an denjenigen Körperstellen nothwendig,

welche dauernd einem erhöhten Druck beim Liegen ausgesetzt sind, wie die Kreuzgegend, ferner die Schultern, Ellenbogen und Fersen, wo Skeletttheile nur von einer geringen Weichtheilschicht überzogen sind. An diesen Stellen, welche zugleich besonders prominirende Punkte der Körperoberfläche darstellen, kommt es besonders bei stark abgemagerten, erschöpften und hilflosen Kranken, welche nicht im Stande sind, ihre Position im Bette häufig durch eigene Muskelthätigkeit zu verändern und zu reguliren, und deren Haut sich in einem schlechten Ernährungszustande befindet, leicht zum Eintritt circumscripter Gewebsnecrose (Decubitus), ein Ereigniss, welches vom Gesichtspunkt einer rationellen Krankenpflege aus nach Möglichkeit verhindert werden muss. Hier sind die ringförmig gestalteten Luftkissen in erster Linie am Platze und von vortrefflicher Wirkung. Es ist daher durchaus wünschenswerth, Schwerkranken gleich von vornherein solche Ringkissen unter die gefährdeten Stellen zu legen. Die Fersenluftkissen gleichen den für das Kreuz bestimmten vollkommen, nur sind sie natürlich kleiner.

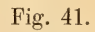
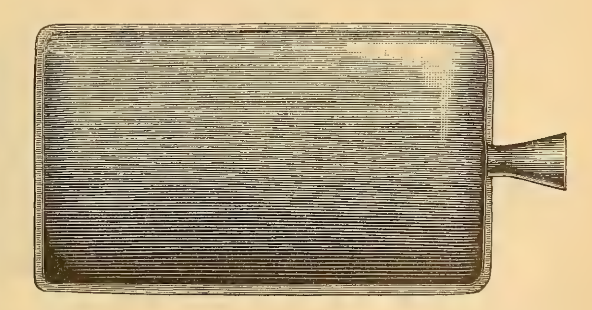


Fig. 41.

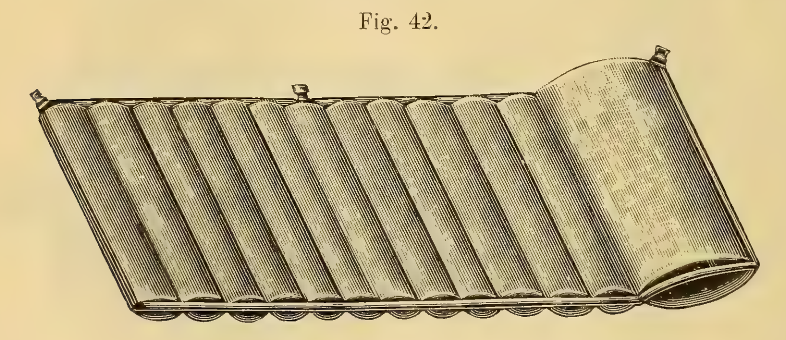


Wasserkissen für das Krankenbett.

Von Wichtigkeit ist es, bei der Verwendung der Gummikissen als Lagerungsmittel darauf zu sehen, dass der Gummi die Körperoberfläche des Kranken nicht unmittelbar berührt, da der Gummistoff erfahrungsgemäss auf die Haut reizend einwirkt; es ist demnach stets darauf zu achten, dass man die Gummikissen entweder unterhalb des leinenen Bettlakens anordnet oder sie in ein reines Leinentuch einhüllt. Ferner ist dafür zu sorgen, dass die Gummikissen nicht zu stark aufgeblasen werden, weil sie sich sonst zu prall anspannen und an Elasticität verlieren. Ein so vorzügliches Lagerungsmittel die Gummiluftkissen auch darstellen, und ein so vortreffliches Material zur Herstellung von Krankenpflegegeräthen überhaupt der Gummi wegen seiner charakteristischen Eigenschaften, seiner Elasticität, Schmiegsamkeit und Impermeabilität auch repräsentirt, so tritt doch bei der Verwendung der Gummigeräthe ihre relative Theuerkeit und ihre beschränkte Haltbarkeit hindernd in den Weg. Man hat daher auf der einen Seite sich bestrebt, bei der Herstellung von Luftkissen und anderen Gummigeräthen den Gummi durch ein wohlfeileres Material zu ersetzen und andererseits geeignete Verfahren ausfindig zu machen, um die Haltbarkeit der Gummigeräthschaften zu erhöhen. So hat man die Luftkränze und Rückenluftkissen aus Gummi durch Leinenkissen zu ersetzen gesucht, welche mit Hafer-

oder Hirsespreu gefüllt sind, und in deren Mitte ein runder oder spaltförmiger Ausschnitt frei bleibt, auf welchen die dem Druck in besonderem Maasse ausgesetzte und gefährdete Hautpartie gelagert wird. Ferner hat man in letzter Zeit Luftkissen aus japanischem Reispapier, das mit einer mehrfachen Lackschicht überzogen ist, eingeführt, welche wesentlich billiger sind, als die Gummiluftkissen und doch ihren Zweck in befriedigender Weise erfüllen (vgl. Deutsche Krankenpfl.-Zeitung 1898. No. 1); allerdings ist die Haltbarkeit dieser Papierkissen eine noch geringere, als die der Gummikissen. Immerhin verdienen sie eine weitergehende Verwendung. Die Haltbarkeit der aus Gummi hergestellten Luftkissen, sowie der Gummigeräthschaften überhaupt, kann man wesentlich dadurch steigern, dass man sie recht häufig in Gebrauch nimmt, und sie, wenn sie aus irgend einem Grunde längere Zeit hindurch ausser Gebrauch sind, von Zeit zu Zeit heftig schüttelt und klopft. Durch dieses Verfahren ist man im Stande, dem Gummi seine Elasti-

Fig. 42.

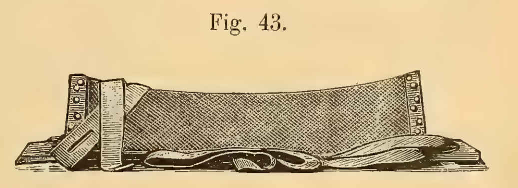


Aufblasbares Luftbett.

cität längere Zeit hindurch in unveränderter Weise zu erhalten, während derselbe, wenn man diese Vorsichtsmaassregel unterlässt, leicht steif, brüchig, rissig und damit unbrauchbar wird. Auch ist es zweckmässig, die Gummigeräthe ausschliesslich in geheizten Räumen aufzubewahren und sie bei längerem Nichtgebrauch mit Glycerin oder mit einer Mischung aus Glycerin und Ammoniak einzureiben, wodurch das Austrocknen des Gummi behindert wird. Die Gummigeräthe sind besonders vor Temperaturen unter 6° R. und vor Sonnenstrahlen zu schützen. In der Wärme wird der Gummi leicht klebrig, bei Benetzung mit Säuren rissig. Jedoch halten sich Gummigeräthe, welche in 3 proc. Carbollösung eingelegt werden, selbst Jahre lang vortrefflich (vgl. Zeitschr. f. Krankenpfl. 1896. pag. 20, 91, 287). Neuerdings ist für die Krankenpflege eine Modification des Gummi empfohlen worden, der „Durit“, welcher die erwähnten Nachtheile des Gummi nicht haben soll, insbesondere wird seine Unabhängigkeit von der umgebenden Temperatur und seine Widerstandsfähigkeit gegen ätzende Flüssigkeiten gerühmt. Der Preis dieses Stoffes ist jedoch noch ein recht hoher.

Ausser den Luftkissen mannigfacher Form dienen zur bequemeren Lagerung Schwerkranker auch grössere rechteckige Gummikissen, welche etwa halb so gross sind als die horizontale Bettfläche und mit lauwarmem Wasser gefüllt werden. Diese sog. Wasserkissen (Fig. 41) sind in der Mitte einer Schmalseite des Randes mit einer trichterförmigen Eingussöffnung versehen, welche durch eine Schraube verschlossen werden kann. Analog den Luftkissen werden auch die Wasserkissen nur soweit angefüllt, dass das in ihnen enthaltene Wasser bei circumscript einwirkendem Druck auszuweichen vermag und eine pralle Spannung vermieden wird. Bei zweckmässiger Anwendung stellen sie ein sehr vorzügliches Lagerungsmittel dar, besonders bei drohendem Decubitus; sie sind indessen ziemlich theuer. Neuerdings stellt man für Schwerkranke noch grössere viereckige Gummisäcke mit Wasserfüllung, die sog. Wasserbetten oder Wassermatratzen her, welche die gesammte horizontale Bettfläche bedecken. Diese Wassermatratzen werden besonders in England viel verwendet und in sehr vollendeter Ausführung angefertigt. Sie bestehen entweder aus mehreren einzelnen Wasserkissen, welche neben einander ins Krankenbett eingelegt werden, oder aus einem einzigen grossen Gummisack, der in seinem Innern durch eine Anzahl Querwände in mehrere Abtheilungen getheilt ist. Durch letztere Anordnung lässt sich der Druck der Körperlast des Kranken gleichmässiger über die ganze Bettfläche vertheilen. Eine derartige in Zellen getheilte Matratze für Wasserfüllung ist vor Kurzem von H. Davidsohn angegeben worden. Erwähnt sei hier, dass neuerdings auch ähnliche in cylindrische, parallele Zellen getheilte Matratzen für Luftfüllung hergestellt werden, die sog. Luftbetten (Fig. 42), welche von drei verschiedenen Punkten der Peripherie aus aufgeblasen werden können und sich entleert auf einen sehr kleinen Raum zusammenlegen lassen. Sie entsprechen im Uebrigen vollkommen den obenerwähnten Gummiluftkissen.

Fig. 43.

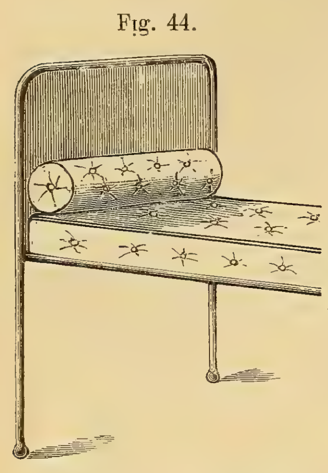


Gesässstütze für das Krankenbett.

Um der bei schwachen Kranken häufig vorhandenen Neigung, im Bette nach dem Fussende mit dem Körper hinabzugleiten, zu begegnen, sind verschiedene Hilfsapparate anwendbar, welche dazu dienen, einzelnen Körpertheilen einen festeren und sichereren Halt beim Liegen darzubieten. Die geeignetsten Punkte, an welchen derartige Stützapparate in Wirksamkeit treten können, sind das Gesäss und die Fusssohlen. Zur Stütze des Gesässes ist neuerdings in England ein Geräth angegeben worden, welches dem Kranken einen sehr bequemen Halt gewährt. Der Apparat (siehe Fig. 43) besteht aus einem schmalen, weichen, elastischen Drahtgeflecht, welches etwas oberhalb der Mitte des Bettes quer von einer Seite zur andern herüber gespannt wird und auf einem schmalen

Holzbrett in mässig geneigter Lage befestigt ist. Der Apparat kann durch Gurte an den Seitenwänden des Bettes befestigt werden und findet unter dem Bettlaken seine Aufstellung (vgl. Mendelsohn in v. Leyden's „Handbuch d. Ernährungstherapie und Diätetik". Bd. I. pag. 479). Da dieses Geräth des Krankencomforts nicht sehr kostspielig ist, so verdient es auch in den Hospitälern eine allgemeinere Anwendung.

Fig. 44.

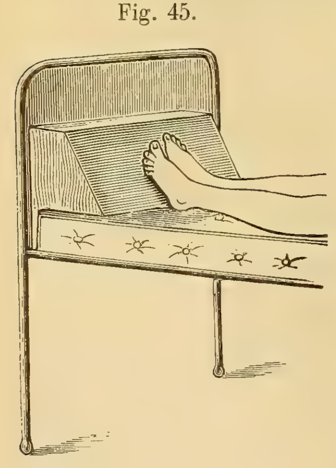


Fussrolle für das Krankenbett.

Zur Unterstützung der Füsse benutzt man entweder cylindrische Fussrollen, welche mit Rosshaar gefüllt sind und am Fussende quer über das Bett gelegt werden, oder einen kleinen, sehr praktischen Apparat aus Holz, die sogenannte Fussstütze, welche einen massiven Holzklotz darstellt, der am Fussende in das Bett eingelegt wird, und dessen dem Kranken zugekehrte Fläche, welche den Fusssohlen zur Stütze dienen soll, abgeschrägt ist. An der gegenüberliegenden Seite des Klotzes ist ein spitz zulaufendes Brett befestigt, welches zwischen Polstermatratze und Fusseinsatzplatte des eisernen Bettgestells hineingesteckt wird (Fig. 44 und 45).

Bei vielen Kranken erscheint es aus therapeutischen Gründen zweckmässig, den Kranken im Bette so zu legen, dass entweder der Oberkörper oder der Unterkörper eine erhöhte Position einnimmt. Besonders häufig verfolgt man durch die Hochlagerung bestimmter Körpertheile, wie des Kopfes, der Füsse oder nur einer einzelnen Extremität den Zweck die Vertheilung von Flüssigkeiten im Körper, vor Allem den Grad des Zuströmens von Blut zu bestimmten Organen in zielbewusster Weise zu beeinflussen und zu reguliren. Vor Allem sucht man bei Blutungen aus inneren Organen (Gehirn, Lungen, Darm, Uterus etc.), sowie auch bei stark blutenden äusseren Verletzungen die Blutung dadurch zu sistiren, dass man den Blutafflux zu dem betreffenden Körpertheil durch dauernde Hochlagerung desselben herabsetzt. Um eine beliebige Erhöhung des Oberkörpers oder der Füsse des Kranken zu erzielen, bedient man sich entweder eines oder mehrerer keilförmiger Kissen mit Rosshaarfüllung (auch die verstellbaren Keilrahmen, die wir schon erwähnt haben, sind hier oft nützlich), oder man

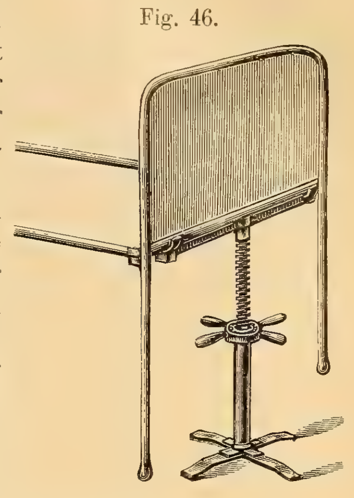
Fig. 45.



Fussstütze für das Krankenbett.

verwendet besondere, für diesen Zweck angegebene Vorrichtungen. Um sowohl das Fussende, als das Kopfende (oder auch die Seitentheile) des Krankenbettes in beliebigem und genau dosirbarem Grade erhöhen oder erniedrigen zu können, habe ich einen einfachen Apparat construirt, welchen ich als „Niveausteller für das Krankenbett" bezeichnet habe. Der Apparat besteht aus einem eisernen T-förmigen Stativ, welches fest auf dem Boden steht, und dessen verticaler Schenkel durch eine, mit einem kleinen Steuerrad versehene Schraubvorrichtung beliebig verlängert oder verkürzt werden kann, während auf dem horizontalen Schenkel des Apparates die zu elevirende Bettkante ruht. Jede Umdrehung der Schraube hebt, bezw. senkt die betreffende Bettkante genau um 1 cm; die Schraubenwindungen sind mit Zahlen versehen (Fig. 46). Diese einfache Vorrichtung dürfte sich statt des früher vielfach geübten Verfahrens, die Elevation des Krankenbettes durch Unterschieben von Holzklötzen oder Mauersteinen zu bewerkstelligen, empfehlen, da sie das Abgleiten des Bettes sicher vermeidet. Ohne Zweifel dürfte sie den complicirten Mechanismen vorzuziehen sein, mit welchen in England und Amerika die Krankenbetten zum Zwecke der Erhöhung des Kopf- oder Fussendes versehen werden. Daselbst ist vielfach, auch in den Hospitälern, eine Bettstelle in Gebrauch, das sogenannte Gorham-Bett, dessen horizontaler Eisenrahmen auf einem V-Bock beweglich befestigt ist und in seiner Stellung durch ein Handrad regulirt wird (Fig. 47). Das Gorham-Bett erinnert in seiner Construction nach mancher Richtung an ein älteres amerikanisches Modell, an das zu Extensionszwecken angegebene Phelps'sche Steh-Bett (vgl. Centralbl. f. orthopäd. Chir. 1886. pag. 51 und 1889. pag. 41). Auch Kranken-

Fig. 46.



Niveausteller für das Krankenbett nach P. Jacobsohn.

Fig. 47.



Mechanisches Krankenbett (Gorham-Bed).

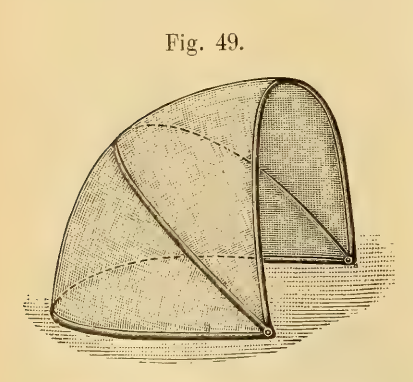
betten, deren Niveau durch hydraulische Maschinerien verändert werden kann, sind in England angegeben worden (vgl. den Aufsatz von Croner, Deutsche med. Wochenschr. 1898. No. 27).

Fig. 48.

Reifenbahre für das Krankenbett.

Ebenso wie man sich bemüht hat, den Druck der Unterlage gegen die Körperoberfläche des im Bette liegenden Kranken auf mannigfache Weise zu mildern und abzuschwächen, hielt man es auch für nöthig, Vorrichtungen zu schaffen, welche verhindern, dass von oben her auf erkrankte oder gefährdete Körpertheile ein zu starker Druck ausgeübt wird. Bei manchen Kranken, die sehr schmerzhafte locale Affectionen aufweisen (Peritonitis, Periostitis etc.) wird schon der blosse Druck der Bettdecke als eine unerträgliche Last empfunden und es ist daher dringend geboten, die betreffenden Körperstellen von diesem Druck zu entlasten. Man bedient sich für diesen Zweck der sogenannten Reifenbahren. Es sind dies halbkreisförmig gebogene Drahtgestelle, welche aus drei parallelen vertikal gestellten Drahtreifen bestehen, die in zwei horizontale Leisten eingelassen sind (Fig. 48). Dieser Apparat wird über der erkrankten und schmerzhaften Körperstelle unter der Bettdecke placirt, so dass diese nur auf der Reifenbahre, nicht aber auf dem Kranken lastet. Derartige Reifenbahren verwendet man auch vielfach, um die ununterbrochene Einwirkung bestimmter therapeutischer Agentien auf einzelne circumscripte Körperstellen (Eisblase) zu sichern, indem man die betreffenden Applicationsmittel mit einer Schnur an einem der drei Drahtreifen befestigt. Eine den Reifenbahren nahe stehende Vorrichtung ist der sog. Kopfreifen, welcher aus einem grösseren, halbkreisförmigen Metalldrahtreifen besteht, der am Kopfende des Krankenbettes quer über das Bett gespannt wird, wobei seine Enden beiderseits zwischen Bettgestell und Polstermatratze eingeklemmt werden. Auch hier kann in sehr bequemer und zweckmässiger Weise das Aufhängen von für den Kopf des Kranken bestimmten Applicationsmitteln erfolgen. Werden mehrere derartige Kopfreifen an ihren seitlichen Endpunkten durch ein Charnier verbunden, so erhält man eine Vorrichtung, die zweckmässig als „Charnierreifen“ bezeichnet werden kann (Fig. 49). Ueberzieht man diese Charnierreifen mit Leinwand, gummirtem Stoff oder Ledertuch, so zwar, dass der betreffende Stoff leicht an- und abzuknöpfen ist, so bilden die Drahtreifen mitsammt dem sie bedeckenden Gewebe eine verdeckartige

Fig. 49.



Charnierreifen für das Krankenbett.

Ueberdachung für den Kranken, welche sehr geeignet ist, um unangenehme Eindrücke aus der Umgebung zeitweise einem Kranken fernzuhalten, aber auch, um den anderen Kranken eines Hospitalsaales den Anblick der Agonie zu entziehen. Schliesslich wäre hier noch einer technischen Vorrichtung für das Krankenlager Erwähnung zu thun, welche, wenn sie auch in unserem Klima eine geringere Bedeutung beansprucht als in den Tropen, doch der Berücksichtigung werth erscheint, nämlich eines am Krankenbette anzubringenden Schutznetzes gegen Insekten (Fliegen, Mosquitos etc.). In den heissen Ländern spielt das aus einem dünnen gazeartigen Stoff hergestellte oder aus einem feinen Maschenwerk bestehende Netz einen ausserordentlich wichtigen und unerlässlichen Bestandtheil des Krankencomforts (vgl. Zeitschr. f. Krankenpfl. 1894. pag. 20).

### β) Bekleidung der Kranken.

Die hauptsächlichsten Anforderungen, welche an eine zweckentsprechende Krankenkleidung zu stellen sind, sind folgende:

1. darf die Kleidung weder zu warm, noch zu kalt sein; 2. muss sie möglichst bequem sein, und 3. muss sie ebenso, wie alle übrigen Objecte, welche mit dem Kranken in Berührung treten, möglichst sauber und rein sein. In den Hospitälern hat es sich als eine Nothwendigkeit herausgestellt, um diesen fundamentalen Ansprüchen gerecht werden zu können, eine gewisse Normalkleidung für die Kranken einzuführen. Eine solche Normalkleidung, bezw. besondere Anstaltskleidung gewährt sehr mannigfache Vortheile.

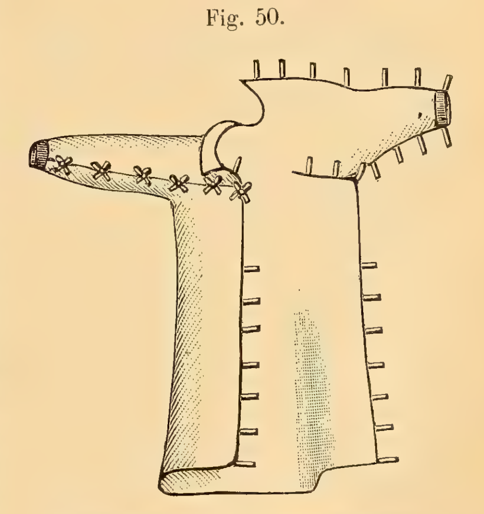
Da die meisten Kranken, welche die öffentlichen Krankenhäuser aufsuchen, eine Kleidung mitbringen, welche nach allen drei Richtungen hin in den meisten Fällen unzureichend genannt werden muss, so erkannte man es als dringend wünschenswerth, dass die neu aufgenommenen Kranken sofort nach dem Eintritt sämmtliche ihnen gehörige Kleidungsstücke ablegen, sie an die Hospitalverwaltung zur Aufbewahrung einliefern und dafür während der Dauer des Krankenhausaufenthaltes eine geeignete, von der Hospitalverwaltung besorgte Krankenkleidung anlegen. Wenn man erwägt, wie wenig entwickelt und verbreitet noch in weiteren Kreisen der Bevölkerung richtige Vorstellungen über eine zweckmässige Kleidung für gesunde Personen sind, so kann man sich nicht darüber wundern, dass das Verständniss für eine rationelle Bekleidung Kranker in noch viel geringerem Maasse vorhanden ist. Wer den ärztlichen Aufnahmedienst in den Krankenhäusern aus eigener Anschauung kennt, der wird wissen, wie sehr die Kranken selbst und ihre Angehörigen in dieser Hinsicht fehlen. Hochfiebernde Kranke werden häufig ins Hospital eingeliefert, mit wollenen Decken, Tüchern, Shawls und Federbetten bis über die Ohren zugedeckt; andererseits kommen wiederum nicht selten sehr schwache, elende und abgemagerte Kranke vor Frost zitternd ins Krankenhaus, weil sie nur mit einer ganz mangelhaften, unzureichenden Bekleidung und Bedeckung versehen sind.

Da die öffentlichen Krankenhäuser in erster Linie den Angehörigen der weniger bemittelten Bevölkerungsklassen in Krankheitsnoth als Zufluchtsort dienen, so sind die Fälle nicht selten, in welchen die Kleidung der zur Aufnahme kommenden Kranken in Bezug auf Reinlichkeit und Sauberkeit sehr zu wünschen übrig lässt; oft genug ist dieselbe recht schmutzig und voller Ungeziefer. Ganz besondere Vorsicht erfordert die Kleidung derjenigen Kranken, welche mit einer infectiösen Erkrankung behaftet sind, da durch sie leicht die Krankheitserreger weiter verschleppt werden können.

Was nun die eigentliche Hospitalkleidung anlangt, so ist zunächst ein Unterschied zu machen zwischen den dauernd bettlägerigen Schwerkranken einerseits und den umhergehenden Leichtkranken und Reconvalescenten andrerseits. Für die erstere Gruppe von Kranken bildet schon die innere Ausstattung des Krankenbettes einen wesentlichen Theil der Bekleidung, da die einzelnen Bettstücke der Körperoberfläche dauernd unmittelbar anliegen; insbesondere gilt dies von dem leinenen Bettlaken, dem mit Leinenbezug versehenen Kopfkissen und der gleichfalls mit Leinenstoff überzogenen Oberdecke (vgl. pag. 72). Dazu kommt als wichtigstes Kleidungsstück der Bettkranken das Hemd, welches in manchen Anstalten aus Leinewand, in anderen aus Baumwollengewebe gewählt wird. Im Allgemeinen dürfte sich Leinengewebe ebenso wie für die Bettbezüge auch für die Krankenhemden in höherem Maasse empfehlen, weil bei der häufig vorzunehmenden mechanischen und chemischen Reinigung (Desinfection) dieses Gewebe eine grössere Haltbarkeit und Widerstandsfähigkeit zeigt, als die Baumwollstoffe; allerdings ist der Preis der Leinenstoffe ein höherer. Sodann haben die Leinengewebe den für viele Kranke, insbesondere in Bezug auf ihr psychisches Wohlbefinden wichtigen Vorzug, dass sie sich bei der Berührung glatter und geschmeidiger anfühlen und eine angenehm kühlende Empfindung hervorrufen. Was die Form der Krankenhemden anlangt, so finden wir in den meisten Hospitälern Hemden, deren Form derjenigen der für Gesunde bestimmten, sogenannten Nachthemden entspricht, mantelartige Kleidungsstücke mit Brustschlitz, bis zu den Knien reichend. Als wünschenswerth ist es zu bezeichnen, dass die Form des Krankenhemdes für beide Geschlechter die gleiche sei; die Verwendung der gewöhnlichen Frauenhemden, welche am Halse weit ausgeschnitten und ganz oder theilweise ärmellos sind, ist nicht empfehlenswerth, da sie ihre Trägerinnen zu Erkältungen prädisponiren. Wenn sie in der Krankenpflege zur Verwendung gelangen, so müssen sie jedenfalls durch eine leinene oder baumwollene Nachtjacke ergänzt werden. Hingegen weisen die Frauenhemden vielfach die in Hinsicht auf grössere Bequemlichkeit beim An- und Ausziehen zweckmässige Einrichtung auf, dass sie aus zwei congruenten Hälften, einer vorderen und einer hinteren, bestehen, welche auf den Schultern durch Knöpfe oder Bänder mit einander vereinigt werden. Gerade bei Kranken, vor Allem bei Schwerkranken ist aber ein bequemes An- und Ausziehen des Hemdes ausser-

ordentlich wichtig; denn es kommt darauf an, diese häufig zu wiederholende Maassnahme auf eine möglichst schonende und für den Kranken angenehme Weise auszuführen. Wenn man bedenkt, dass vielen Kranken schon die geringste Bewegung und Lageveränderung erhebliche Schmerzen verursacht, und fernerhin die grosse Unbehilflichkeit und die leichte Erschöpfung durch die geringste körperliche Anstrengung bei Schwerkranken in Betracht zieht, so leuchtet es ohne weiteres ein, dass jede Erleichterung des häufig in gleichem Maasse für den Kranken, wie für das Pflegepersonal beschwerlichen Actes freudig zu begrüssen ist. Schon seit langer Zeit wird von Seiten des Pflegepersonals bei dem Wechseln des Krankenhemdes ein ganz bestimmtes, sehr zweckmässiges Verfahren beobachtet, welches die Vornahme wesentlich bequemer gestaltet: der Rücken des Kranken wird ein wenig angehoben, die Hinterfläche des auszuziehenden Kleidungsstückes (Hemd, Nachtjacke) mit der einen Hand behutsam bis zum Nacken emporgerafft und, während die beiden Arme des Kranken mit der andern Hand und der Beihilfe einer zweiten Person in die Höhe gehoben werden, über den Kopf des Kranken nach vorn gestreift; sodann werden die Aermel des Kleidungsstückes, während man die Arme des Kranken langsam herunterlegt, schonend und vorsichtig über seine Handgelenke gestreift. Das Anziehen des frischen, stets vorher anzuwärmenden Wäschestückes erfolgt dann in umgekehrter Weise (vgl. M. Mendelsohn, l. c. pag. 40, ferner: Deutsche Krankenpfl.-Zeitung 1898. pag. 225).

Fig. 50.



Krankenhemd für Schwerkranke nach L. Medicus.

Schon Dieffenbach empfiehlt bei localen Erkrankungen der oberen Extremitäten ein Krankenhemd zu benutzen, dessen Aermel aufgeschlitzt und mit Bändern zum Zubinden versehen sind. In neuerer Zeit hat man vorgeschlagen, um den Wäschewechsel bei Schwerkranken weiterhin zu erleichtern, Krankenhemden zu verwenden, welche in der Mittellinie ihrer Hinterseite von oben bis unten vollkommen geschlitzt sind und deren Anziehen in der Weise erfolgt, dass zunächst, während das Hemd der Brust des Kranken aufliegt, die Aermel angezogen werden und man alsdann die freien Theile von der Seite her behutsam unter den Körper des Kranken schiebt (vgl. Mendelsohn, l. c. pag. 40). Noch zweckmässiger ist ein von L. Medicus beschriebenes Krankenhemd, welches in der Mitte der Vorderseite von oben bis unten geschlitzt ist. Auch

die Aermel sind in ihrer ganzen Ausdehnung an der Vorderfläche geschlitzt, die Schlitzränder sowohl des Hemdenrumpfes, als der Hemdenärmel mit einer Anzahl von kurzen Bindebändern versehen, so dass das Anziehen des flach auf dem Bett ausgebreiteten Kleidungsstückes in bequemster Weise erfolgen kann (vgl. Zeitschr. f. Krankenpfl. 1894. pag. 345). Ueberhaupt ist es zweckmässig, an der Krankenkleidung alle Knöpfe zu vermeiden, da dieselben den Kranken leicht drücken, und statt dessen Bandschleifen zu verwenden. Noch weiter ging hierin, wie schon in der historischen Betrachtung erwähnt wurde, S. F. Wolff, welcher auch für die Bekleidung des Pflegepersonals aus Rücksicht für den Kranken Bandschleifen statt der Knöpfe forderte. Das Anbringen der Schlitzen und Bänder erfolgt zweckmässiger deshalb an der Vorderseite des Krankenhemdes, weil der Kranke ja auf der hinteren Hemdenfläche dauernd aufliegt und hier auch die Knoten der Bandschleifen einen unwillkommenen Druck ausüben können. Jedenfalls muss ein Krankenhemd weit und bequem sein, damit es den Kranken in keiner Weise belästigt; jedoch ist ebenso, wie bei den Bettlaken sorgfältig darauf zu achten, dass an der hinteren Fläche keine Faltenbildung eintritt; desgleichen sind Nähte an der Rückenfläche des Hemdenrumpfes durchaus zu vermeiden. Ferner müssen die Hemden genügend lang sein; es ist wünschenswerth, dass sie sowohl für Männer als für Frauen bis zur Hälfte des Unterschenkels herabreichen. In den amerikanischen Hospitälern ist diese Forderung allgemein erfüllt, während man in Deutschland noch in vielen Anstalten viel zu kurze Krankenhemden benutzt, welche nur bis zur Mitte des Oberschenkels reichen. Die langen Krankenhemden haben den Vortheil, dass der sie tragende Kranke sich beim Aufstehen viel weniger leicht erkälten kann. Dass die Kranken in den Hospitälern ihre eigenen, oft sehr unzweckmässigen Hemden beibehalten, anstatt der Anstaltshemden, sollte gänzlich verboten werden; gewähren doch die vortrefflichen Desinfectionseinrichtungen der neueren Krankenhäuser einen durchaus hinreichenden Schutz gegen jede Krankheitsübertragung durch die Hospitalwäsche. Die Farbe der Krankenhemden sei durchweg, ebenso wie die der Bettbezüge, eine rein weisse; gemusterte und farbige Stoffe irritiren den Kranken und können insbesondere bei fiebernden Kranken bestimmte Delirien (Mäuse, Wanzen, Ameisen etc.) hervorrufen. Für stark schwitzende Kranke (Phthisiker), welche sich besonders leicht erkälten, hat Thomalla Krankenhemden aus einem besonderen zweischichtigen Gewebe empfohlen, bei welchem die äussere engmaschige Schicht aus gut entölter Wolle und Baumwolle besteht, glatt und stark aufsaugend, die innere grobmaschige Schicht aus einem Gewebe von roher entölter Baumwolle besteht, rauh und wenig aufsaugend ist, so dass infolge dieser Anordnung die Haut des Kranken stets trocken bleibt (vgl. Zeitschr. f. Krankenpfl. 1894. pag. 467). Ausser dem Hemde und bei Frauen der Nachtjacke kommt für die bettlägerigen Kranken als einziges zulässiges Kleidungsstück nur noch ein Halstuch in Betracht, welches, entsprechend der sonst geübten

Gewohnheit vieler Kranker, gestattet werden kann. Durchaus zu verwerfen ist hingegen, wie allgemein anerkannt wird, das Anbehalten von Unterbeinkleidern und Strümpfen von Seiten der im Bette liegenden Kranken, da einerseits durch das Verweilen derartiger Kleidungsstücke im Bette von Kranken, welche längere Zeit hindurch aufstehen und in den Tageraum oder den Garten gehen dürfen, Krankheitserreger eingeschleppt werden können, anderseits die Bekleidung mit überflüssigen Kleidungsstücken während des Imbetteliegens in unzweckmässiger Weise die Verdunstung von der Hautoberfläche des Kranken behindert. Als ein drittes Moment wäre gegen solchen Missbrauch eine Schädigung der Krankenhausdisciplin anzuführen. Auch die Nachthauben und Nachtmützen, von welchen sich viele Personen so ungern trennen, müssen im Interesse einer wohlgeordneten Krankenpflege zum Opfer fallen.

Die Kleidung für die nur stundenweise oder den ganzen Tag über ausser Bett befindlichen Kranken wird in den öffentlichen Krankenanstalten ebenfalls am besten ausschliesslich von der Hospitalverwaltung geliefert, und sollte die Benutzung der von Hause mitgebrachten Kleidungsstücke in den Hospitalräumen gänzlich ausgeschlossen werden. Als einzige Ausnahme von dieser Regel würde die Benutzung der wärmeren Ueberkleider, welche dem Kranken gehören (Mäntel, Ueberzieher) bei strengerer Jahreszeit und niedriger Aussentemperatur während des Aufenthaltes im Freien gelten können, da die Beschaffung dieser Kleidungsstücke die Hospitalverwaltungen in vielen Fällen materiell zu stark belasten würde. Der eigentliche Anstaltsanzug sollte jedoch in einheitlicher Weise nach rationellen Gesichtspunkten der Krankenpflege gewählt und nach den speciellen ärztlichen Anordnungen im Einzelfalle modificirt werden können. Im Allgemeinen handelt es sich in den Krankenhäusern ja fast ausschliesslich um Personen, welche eine schwerere Erkrankung überstanden haben oder deren Resistenzfähigkeit doch nach irgend einer Richtung hin als vermindert und geschwächt zu betrachten ist. Dementsprechend wird von vorn herein sich für die meisten umhergehenden Kranken eine wärmere Bekleidung als nothwendig herausstellen. Da in den neueren Hospitälern mit Recht auf eine gleichmässige und hinreichende Temperirung der Binnenluft nicht nur in den eigentlichen Krankenräumen, sondern auch in den Nebenräumen (Corridore, Tageräume, Baderäume etc.) in erhöhtem Maasse Werth gelegt wird, so ist die Gelegenheit zur Acquisition von Erkältungen in den Krankenhäusern selbst eine relativ geringe, und sie tritt nur bei denjenigen Kranken in erheblicherem Maasse hervor, welche sich im Garten ergehen dürfen. In den meisten öffentlichen Krankenanstalten besteht die für die umhergehenden Kranken bestimmte Normalkleidung ausser einem leinenen oder baumwollenen Hemde aus einem Paar warmer, wollener Strümpfe, einem baumwollenen Unterbeinkleid (bei Frauen kommt ein wollener Unterrock hinzu), ferner aus einem baumwollenen Oberbeinkleid, beziehungsweise Rock, einer baumwollenen Unterjacke (Weste) und einer ebensolchen, aber mit Aermeln versehenen Oberjacke. Da es bei den Krankenhaus-

insassen in erster Linie auf eine möglichst schnelle und gründliche Wiederherstellung und eine dieses Ziel fördernde, zweckmässige und rationelle Art der Bekleidung ankommt, nicht aber auf die Befriedigung verwöhnter ästhetischer und kosmetischer Ansprüche, so kann es in den öffentlichen Krankenanstalten nicht schwer fallen, einen hinreichenden Vorrath der erwähnten, zur Anstaltskleidung gehörigen Kleidungsstücke in einigermaassen passender Form bereit zu halten. Es erscheint dies um so leichter durchführbar, wenn wir berücksichtigen, dass wir die Bequemlichkeit der Kleidung als einen der fundamentalsten Grundsätze für die Krankenkleidung überhaupt am Eingange dieser Erörterung bereits festgestellt haben. Die Kleidungsstücke der Kranken müssen durchweg weit und bequem sein. Alle beengenden und umschnürenden Kleidungsstücke sind durchaus zu vermeiden, da sie die lebenswichtigsten Functionen des Organismus, vor Allem die Respiration und Blutcirculation in gerade bei Kranken besonders unerwünschter Weise behindern. Es würde durchaus freudig zu begrüssen sein, wenn die in Amerika schon seit längerer Zeit allgemein durchgeführten Reformbestrebungen in Bezug auf die Kleidung, welche seit einigen Jahren auch in Deutschland von Seiten vieler Aerzte und insbesondere von dem „Allgemeinen Verein z. Verbesserung d. Frauenkleidung“ energisch propagirt werden, auch in Hinsicht auf die Krankenkleidung sich bald zu allgemeiner Geltung bringen und eine nachhaltige Wirkung ausüben würden (vgl. Spener, „Die Vorschläge zur Verbesserung der Frauenkleidung und ihre Bedeutung für die Krankenpflege“. Zeitschr. für Krankenpfl. 1897. pag. 97, wo auch weitere Literatur angegeben ist; vgl. ferner M. Goldschmidt, „Die Kleidung des Kranken und ihre Bedeutung in der Krankenpflege“. Ibidem pag. 185 ff., der die einschlägigen grundlegenden experimentellen Arbeiten von Rubner eingehend verwerthet hat). Dementsprechend findet weder das Corset, noch der den Hals umschnürende gestärkte Kragen, noch das Gummistrumpfband eine Verwendung. Das Corset lässt sich hier in zweckmässiger Weise durch ein untertaillenartiges Mieder ersetzen, welches der einschnürenden und die Athmung behindernden Wirkung des Frauencorsets ermangelt, und welches, da es mit Schultergurten versehen ist, die auf dem Körper ruhende Last der Kleidungsstücke besser vertheilt. Spener empfiehlt auch für die Krankenkleidung eifrig die Verwendung der nach amerikanischem Muster zugeschnittenen Hemdhose, bei welcher das Hemde, beziehungsweise die Untertaille mit dem Unterbeinkleid zu einem Kleidungsstücke vereinigt ist, aber für noch rathsamer hält er es, wenn das Unterbeinkleid, welches ebenso, wie die Untertaille aus weichem, porös-elastischem Stoff hergestellt sein soll, an die letztere lose angeknöpft wird. Von der Verwendung der jetzt gebräuchlichen, mehr oder weniger zahlreichen warmen Unterröcke glaubt er für die Bekleidung kranker Frauen ganz absehen zu müssen; dieselben werden nach ihm hinlänglich ersetzt durch ein aus warmem Stoff angefertigtes, bequemes Unterbeinkleid, welches nach unten zu pumphosenartig gegen die Luft abgeschlossen ist. Bei

der Verwendung von Unterröcken empfiehlt es sich jedenfalls, dieselben nicht in der Taille mit Bändern festzuschnüren, sondern sie gleichfalls an die Untertaille anzuknöpfen, damit ihr Gewicht nicht sowohl auf der Taille, als vielmehr durch Vermittlung der genau nach dem Körper geschnittenen Achselbänder auf den Schultern lastet. Auch für die Oberkleidung kranker Frauen wird neuerdings vorgeschlagen, ausschliesslich solche Kleider zu wählen, bei welchen Rock und Taille aus einem Stück geschnitten sind. In Bezug auf die männliche Krankenkleidung wird man wohl jedenfalls der Verwendung der Hosenträger zum Zwecke der Befestigung der Beinkleider vor dem Leibriemen, gleichviel, ob er aus Leder oder elastischem Material hergestellt ist, den Vorzug geben, da bei der Verwendung des Leibgurtes eine ähnliche, unwillkommene Einschnürung des Körpers erzielt wird, wie bei der Frau durch das Binden der Röcke oder das Corset. Doch ist darauf zu achten, dass die den Schultern aufliegenden Tragbänder stets aus nachgiebigem, eventuell mit Gummieinlage versehenem Stoff bestehen und nicht zu fest angezogen werden, damit sie gleichfalls weder Athmung noch Blutcirculation nachtheilig beeinflussen. Statt des gestärkten Kragens tragen die Kranken ein baumwollenes, beziehungsweise wollenes Halstuch, je nach dem Ermessen des Arztes und individueller Gewohnheit. Ebenso, wie das Hemde, muss auch die Oberjacke für die Kranken so eingerichtet werden, dass sie am Halse gut gegen die Luft abschliesst, ohne jedoch den Hals irgendwie einzuschnüren. Anstatt der vielfach noch verwendeten, elastischen Strumpfbänder, welche, gleichviel, ob sie oberhalb oder unterhalb des Knies getragen werden, die Blutcirculation erheblich behindern, empfiehlt Goldschmidt in Uebereinstimmung mit den Versuchen Rubner's, nach welchen das Flanellgewebe am meisten geeignet erscheint, den die Körperoberfläche belastenden Druck herabzusetzen, für Kranke Strumpfbänder aus doppeltem Wollflanell, welche 2—3 Querfinger breit sind und unterhalb des Knies angelegt werden sollen.

Was die Strümpfe der Kranken anlangt, so ist zunächst durchaus beachtenswerth, dass kein Kranker mit blossen Füssen das Bett verlassen darf, sondern sich zuvor stets seine vorher angewärmten Strümpfe anzieht, bezw. anziehen lässt. Die Krankenstrümpfe werden gewöhnlich aus Wollengewebe gewählt und müssen genügend lang sein, d. h. bis zum Knie reichend; kurze Socken sind für Kranke nicht zu gebrauchen. Natürlich ist es nothwendig, dass die Strümpfe absolut trocken gehalten werden. Für stark schwitzende Kranke dürften sich Strümpfe aus dem von Thomalla angegebenen zweischichtigen Gewebe, von dem schon die Rede war, empfehlen. Als äussere Fussbekleidung sind für Kranke beim Aufenthalt in geschlossenen Räumen leichte Lederschuhe mit herausnehmbarer Filzeinlage oder auch mit ebensolcher Sohleneinlage versehene durchlochte Segeltuchschuhe angenehm und zweckmässig. Beim Aufenthalt im Freien sind Leder- und Filzstiefel nicht zu entbehren, von denen die ersteren event. zweckmässig mit einer Filz- oder Stroheinlage versehen werden. Erwähnt sei hier das für die Fussbeklei-

dung der Kranken wohlverwerthbare einfache Verfahren, Lederschuhwerk wasserdicht zu machen, indem man dasselbe ca. 1 Stunde lang in dicke Seifenlösung einlegt (Zeitschr. f. Krankenpfl. 1896. pag. 21).

Schliesslich hätten wir noch einige Bemerkungen über die Farbe der für die Kranken bestimmten Oberkleider anzuschliessen. Auch für die Oberkleidung der Kranken benutzt man mit Vorliebe hellfarbige Stoffe. Dunkelfarbige Gewänder erscheinen weniger geeignet sowohl wegen der ungünstigen psychischen Einwirkung dunkler, an Trauer erinnernder Stoffe, als auch deshalb, weil experimentell nachgewiesen ist, dass dunkle Kleidungsstoffe Ausdünstungen, üble Gerüche, Krankheitserreger leichter aufnehmen und länger conserviren, als helle (vgl. Zeitschr. f. Krankenpfl. 1896. pag. 92), und helle Stoffe überhaupt leichter rein zu halten sind.

Was die Aufbewahrung der von den Kranken mit ins Hospital gebrachten Kleidungsstücke anlangt, so ist es wichtig, darauf zu achten, dass dieselben niemals längere Zeit in den Krankenräumen selbst verbleiben; es ist vielmehr erforderlich, dass für diese Objecte in den Hospitälern besondere Aufbewahrungsräume zur Verfügung stehen, in welchen die Kleidungsstücke in sicherer und übersichtlicher Weise aufgehoben werden können. Von Merke sind für diesen Zweck ausserordentlich praktische Hospitalkleiderschränke angegeben werden, welche ganz aus Eisenstäben bestehen, durch Gardinen aus waschbarem Stoffe nach aussen abgeschlossen werden und jederzeit aufs bequemste desinficirt werden können. Die Aufbewahrung schmutziger Wäsche darf unter keinen Umständen in den Krankenräumen selbst stattfinden, sondern die Krankenwäsche wandert aus den einzelnen Abtheilungen, um jede Krankheitsübertragung auszuschliessen, möglichst schnell in die Desinfectionsanstalt. Aus diesem Grunde sind auch die von L. Gerlich (vgl. Zeitschr. f. Krankenpfl. 1894. pag. 305) construirten Aufbewahrungsschränke für schmutzige Wäsche, bei welchen der in den Einwurfskasten eingelegte Inhalt vermittelst eines jalousieartig verschiebbaren Bodens in besonderen Führungen sofort abwärts gleitet und sich daher stets unter Verschluss befindet, für Hospitalzwecke nicht verwendbar. Ueber die Art der Desinfection der Wäschestücke und die Einrichtung der verschiedenen in Frage kommenden Desinfectionsapparate verweisen wir auf das im Band I. dieses Handbuches von E. Levy und S. Wolf bearbeitete Capitel: „Fürsorge für ansteckende Kranke". pag. 202.

### γ) Reinhaltung der Kranken.

Da die Reinhaltung und Säuberung der kranken Individuen eine der wichtigsten Aufgaben einer geordneten Krankenpflege darstellt, und sich diese Aufgabe, welche sowohl im Hinblick auf das körperliche Wohlbefinden der Kranken, als auch auf die Gefahr der Krankheitsübertragung grosse Bedeutung beansprucht, nur in zufriedenstellender Weise durchführen lässt, wenn die gesammte Umgebung der Kranken

auf leicht ausführbare und gründliche Desinficirbarkeit zugeschnitten ist, so begreift es sich leicht, dass der hier in Frage kommende Theil des Krankencomforts eine eingehende Ausgestaltung und Entwickelung erfahren hat.

Sämmtliche Objecte des Krankencomforts, sowie die Ausrüstung aller derjenigen Personen, welche mit dem Kranken in directe Beziehung oder Berührung treten, werden stets unter dem Gesichtspunkt der Durchführung einer möglicht peinlichen Reinhaltung ausgewählt, bezw. nach diesem Gesichtspunkt modificirt. Wir haben bereits bei der Schilderung der inneren Ausstattung und Einrichtung der Krankenräume sowie in unseren Ausführungen über die Lagerung und Bekleidung der Kranken gesehen, wie sorgfältig man stets bemüht ist, ausser der Rücksicht auf die Bequemlichkeit und Behaglichkeit der Kranken eine gründliche und leichte Reinigung und Desinfection zu ermöglichen, indem man alle in der Krankenpflege zur Verwendung gelangenden gegenständlichen Zurüstungen mit Vorliebe aus solchen Materialien herstellt, welche auf der einen Seite eine gründliche Reinhaltung zulassen, auf der anderen Seite sich den zur Anwendung gelangenden Desinfectionsmitteln gegenüber als widerstandsfähig bewähren. Diese in allen Capiteln des Krankencomforts in gleicher Weise wiederkehrende Forderung einer über die Begriffe des gewöhnlichen Lebens weit hinausgehenden Reinlichkeit und Sauberkeit fusst auf der Erkenntniss, dass eine körperliche Reinlichkeitspflege sich am Krankenlager nur unter der Bedingung in ausgiebigem Maasse erzielen lässt, dass die gesammte Umgebung des Kranken in harmonischer Weise durch ihre besondere Gestaltung der Erreichung dieses Zieles Rechnung trägt. Wenn auch auf eine eingehendere Schilderung der mannigfaltigen Desinfectionsmethoden hier nicht eingegangen werden kann, und wir in Bezug auf diesen Punkt auf die in dem ersten Capitel von Band I. dieses Buches enthaltenen Darlegungen verweisen müssen, so sei doch jedenfalls hervorgehoben, dass insbesondere in der Hospitalkrankenpflege alle aus Holz oder ähnlichem Material bestehenden Objecte mehr und mehr durch Geräthschaften aus Glas, Eisen und sonstigen leicht abwaschbaren Stoffen ersetzt werden.

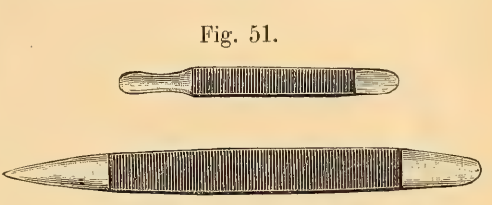
Unter den vornehmlichsten Reinigungsmethoden, welche in der Krankenpflege eine Rolle spielen, steht die Entfernung des gröberen Schmutzes durch mechanisches Behandeln mit warmem Wasser und Seife, insbesondere Kaliseife, an erster Stelle. Dieser grobmechanischen Säuberung, welche stets dem eigentlichen Desinfectionsverfahren, der Behandlung mit speciell antiseptisch wirkenden Körpern vorangehen muss, kommt in Hinsicht anf die Reinhaltung der kranken Individuen die bei weitem grösste Bedeutung zu. Nur in den Fällen, wo das Reinigungsverfahren mit Zuhilfenahme von warmem Wasser und Seife sich absolut nicht anwenden lässt, kann die alleinige Reinigung mit Wasser oder desinficirenden Flüssigkeiten als ausreichend bezeichnet werden. Eine trockene Reinigung hingegen, wie sie im gewöhnlichen Leben unter dem Namen des Abstaubens häufig beliebt wird, muss in der Kranken-

pflege stets als eine völlig unzureichende Maassnahme gekennzeichnet werden, da das trockene Abwischen von Objecten diese zwar von dem gröberen Staube befreit, den entfernten Staub jedoch nicht definitiv beseitigt, sondern ihn nur an eine andere Stelle placirt, bezw. ihn in der Luft der Krankenräume aufwirbelt. Es ist daher heute als eine Grundregel der Krankenpflege anerkannt worden, sämmtliche Objecte des Krankencomforts regelmässig und sorgfältig nur mit feuchten Tüchern zu reinigen. Diesem Verfahren unterliegen in erster Linie Fussboden und Wände der Krankenräume selbst. Insbesondere muss der Fussboden in den eigentlichen Bettsälen der Hospitäler einer täglich zu wiederholenden, gründlichen nassen Reinigung unterworfen werden. Natürlich kann eine derartige tägliche Reinigung nur im Allgemeinen als ausreichend angesehen werden, und bei der leicht eintretenden Gelegenheit zu einer Verunreinigung des Fussbodens durch Bestandtheile der von den Kranken herrührenden Ausscheidungen und Entleerungen ergiebt sich weiterhin die Nothwendigkeit einer den ganzen Tag über fortgesetzten peinlichen Aufmerksamkeit auf die dauernde Reinhaltung der Krankenräume, vor allem ihres Fussbodens, dessen ununterbrochene Sauberkeit und Trockenheit den besten Maassstab für eine allen Anforderungen gerecht werdende Krankenpflege bietet. Besondere Wichtigkeit ist einer ausreichenden Reinhaltung derjenigen Stellen der Krankenräume beizumessen, welche der Erreichung dieses Zieles grössere Schwierigkeiten entgegensetzen; es sind dies diejenigen Stellen des Fussbodens, über welchen die Krankenbetten aufgestellt sind, sowie diejenigen Stellen, welche an die Wände der Krankenräume angrenzen. Es erscheint daher geboten, das mit der groben Reinhaltung der Krankensäle betraute Pflegepersonal auf diese Punkte besonders hinzuweisen. Aber auch das gesammte Mobiliar der Krankenräume, die Krankenbetten sowohl, als alle übrigen Apparate und Geräthschaften bedürfen einer oft wiederholten mechanischen Säuberung. Dass ferner auch die innere Ausstattung der Krankenbetten, die einzelnen Bettstücke and die für den Kranken bestimmten Lagerungsvorrichtungen stets sauber und rein zu erhalten, bezw. oft zu erneuern sind, ist schon oben erwähnt worden.

Nicht minder wichtig als die Reinhaltung der Umgebung des Kranken ist aber die Fürsorge für eine geeignete Sauberhaltung des kranken Individuums selbst. Eine erhöhte Wichtigkeit kommt der Reinhaltung bei denjenigen Kranken zu, welche längere Zeit hindurch dauernd ans Bett gefesselt sind, also vor allem bei den eigentlichen Schwerkranken, deren Körperkräfte oft durch die lange Dauer der Krankheit sehr erschöpft, und die dadurch unbehilflich geworden sind. Während die aufstehenden Kranken die tägliche Reinigung ihres Körpers selbst bewerkstelligen können, und zwar unter Benutzung der in jedem Krankensaal vorhandenen schon weiter oben besprochenen Waschvorrichtungen, sind die Schwerkranken (die Hochfiebernden, Benommenen, stark Abgemagerten, Gelähmten, Operirten) durchaus auf die Sorgfalt des Krankenpflegepersonals angewiesen, welchem somit die Aufgabe erwächst, in geeigneter

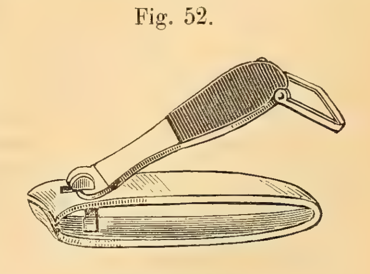
Weise durch entsprechend häufig vorzunehmende Abwaschungen der Kranken, insbesondere des Gesichts und der Hände, durch laue oder kalte Schwammbäder zu ihrem Wohlbefinden wesentlich beizutragen. Eingehende Sorgfalt erfordert bei der Krankentoilette das Kopfhaar der Kranken, dessen Ordnung bei weiblichen Kranken mitunter recht schwierig sein kann, ferner das Reinhalten gewisser Körperstellen, welche der mechanischen Reinigung schwer zugänglich sind und erfahrungsgemäss leicht eine Brutstätte für Krankheitserreger darstellen. Solche Körperstellen sind die Ohren, der Nabel, die Fingernägel, die Achselhöhlen, die Gesässfurche, die Zehenzwischenräume, bei Frauen mit erschlafften Brüsten die Mammafalten. Bei unzureichender Reinhaltung und Pflege bilden sich an diesen Körperstellen besonders leicht schmerzhafte Erosionen, welche die Kranken ausserordentlich belästigen und zum Ausgangspunkte accidenteller Infectionen werden können. Auch die Gefahr eines Eintretens von Decubitus an den dem Druck der Unterlage am meisten ausgesetzten Stellen der Körperoberfläche bei Schwerkranken hängt zu einem wesentlichen Theile von der sorgsamen Reinhaltung der betreffenden Körperstellen ab. Hieraus ergiebt sich die erhebliche therapeutische Wichtigkeit, welche einer auf alle diese Punkte gerichteten sorgfältigen körperlichen Reinhaltung und Pflege zukommt. In Anerkennung dieser Thatsache hat man sich in letzter Zeit bestrebt, die Geräthschaften des Krankencomforts, welche sich speciell auf die Reinhaltung der Kranken beziehen, zu vervollkommnen. Es sind besondere Reinigungsgeräthe für die Fingernägel angegeben worden: Nagelfeilen, Nagelreiniger, Nagelscheeren, Nagelbürsten, welche den Zweck verfolgen, die Nägel der Kranken, sowie auch besonders das Nagelbett leichter sauber halten zu können (Fig. 51). Während man zur Kurzhaltung der Fingernägel bei Kranken sich früher ausschliesslich der sogenannten Cooper'schen Scheere bediente, ist in letzter Zeit ein sehr praktisches Instrument für diesen Zweck construirt worden, welches sich seiner Zweckmässigkeit halber in der Krankenpflege gut bewähren dürfte. Die in Figur 52 dargestellte Nagelscheere besteht aus zwei federnden Metallbranchen, deren Schneiden abgerundet sind, und bei deren Anwendung der betreffende Fingernagel sogleich rund abgeschnitten wird. Das Instrument ist so eingerichtet, dass eine Verletzung der Finger-

Fig. 51.



Nagelfeile und Nagelreiniger.

Fig. 52.



Nagelscheere.

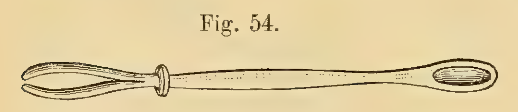
kuppe des Kranken ausgeschlossen ist (vgl. Deutsche Krankenpfl.-Zeitung. 1898. No. 13. pag. 211). Für die Reinigung der Zehenzwischenräume hat A. Volland einen besonderen kleinen Apparat (Fig. 53) angegeben, welcher einer kleinen Blattsäge gleicht und aus einem Handgriff besteht, in welchen ein 4—5 cm breiter und ca. 14 cm langer Streifen eines rauhen, frottirtuchartigen Stoffes eingespannt ist (vgl. Zeitschr. f. Krankenpfl. 1895. pag. 178). Auch für die Reinigung der Ohren sind besondere Instrumente construirt worden, so ein Ohrenschwammhalter aus Elfenbein, welcher eine in zwei Branchen gespaltene Klammer zum Halten des Ohrenschwämmchens darstellt, während das andere Ende zugleich als Ohrenlöffel dient (vgl. Aerztl. Polytechnik 1896. pag. 188); die beiden Branchen werden bei Anwendung des kleinen Apparats durch einen vorzuschiebenden Elfenbeinring aneinander gedrückt (Fig. 54). Durch die Zuhilfenahme dieser einfachen Vorrichtungen kann man sich in der That die Reinhaltung der betreffenden Körperstellen wesentlich erleichtern.

Fig. 53.

Reinigungsvorrichtung für die Zehenzwischenräume nach A. Volland.

Was das sonstige Zubehör für die mechanische Körperreinigung anlangt, so wären hier zunächst noch einige Bemerkungen über die in der Krankenpflege zu verwendende Seife am Platze. Wie die Erfahrung lehrt, eignet sich für diese Zwecke am allerbesten die halbflüssige Kaliseife, welche nicht nur Fett und Schmutz in ausreichender Weise von der Hautoberfläche entfernt und die oberen Epidermisschichten lockert, sondern auch sehr bedeutende antiseptische Wirksamkeit besitzt. Carbolseifen sind weniger geeignet, da sie die Haut zu sehr angreifen. In letzter Zeit ist für die Zwecke der Krankenpflege wiederholt eine Pflanzenfaser- (Ubrigin-) Seife empfohlen worden, welche die mechanische Reinigung der Haut dadurch erleichtern und wirksamer gestalten soll, dass in der Seife eine grosse Zahl kleiner, rauher Pflanzenfaser-Partikel verarbeitet sind, welche beim Einseifen der Haut eine erhöhte Reibung hervorrufen. Die zur Körperreinigung verwendete Seife wird am besten in der Weise applicirt, dass sie zunächst auf einem sog. Seiflappen verrieben und mit diesem dann auf die Haut übertragen wird, da das Einseifen der Haut alsdann in gleichmässigerer Weise bewerkstelligt werden kann, und die Reibwirkung des aus rauhem Stoff hergestellten Lappens hinzukommt. Diese Reibwirkung sucht man besonders dadurch zu erhöhen, dass man das zur Einseifung verwendete Stück Zeug aus sog. Frottirtuch wählt. Es ist dies ein ziemlich dicker,

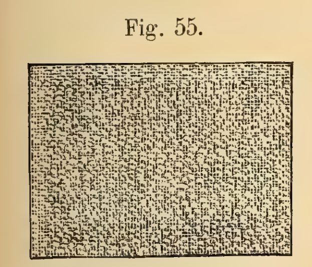
Fig. 54.



Ohrenschwammhalter, zugleich Ohrenlöffel.

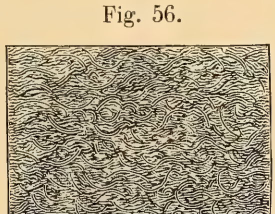
ungleichmässig gewebter Baumwollenstoff, der eine starke Aufsaugungsfähigkeit besitzt und so hergestellt ist, dass an seiner Oberfläche die Maschenzüge reihenweise unregelmässig vorspringen (Fig. 55). Durch diese Eigenart bekommt das Frottirtuch eine gewisse Aehnlichkeit mit dem Gewebe der präparirten Badeschwämme, welches sich insbesondere durch seine Porosität, seine starke Aufsaugungsfähigkeit, seine unregelmässige Oberfläche und dabei doch bestehende hinreichende Schmiegsamkeit auszeichnet. In erhöhtem Grade besitzen diese Eigenschaften die sog. Loofahtücher, welche aus einem viereckigen Stück des soeben beschriebenen Frottirtuches bestehen, auf welchem eine dünne Lage von präparirtem Loofahschwamm (Fig. 56) befestigt ist. Sehr praktisch sind für die Krankenpflege auch die aus solchem Loofahtuch hergestellten, für das Pflegepersonal bestimmten Seifhandschuhe, welche ein vorzügliches Reinigungsmittel darstellen. Aehnlich wirken die neuerdings hergestellten sog. Sanitasfrottirer, welche aus einem zu parallelen, hochstehenden Rippen genähten Gewebe bestehen (Fig. 57). Verwendet man

Fig. 55.



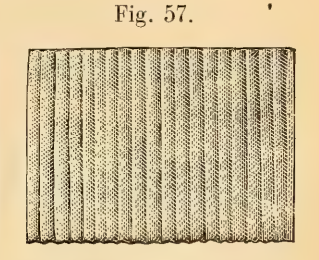
Frottirgewebe mit unregelmässig vorspringenden Maschen.

Fig. 56.



Präparirtes Loofah-Schwammgewebe.

Fig. 57.



„Sanitasgewebe" mit parallelgenähten Stoffrippen.

für die mechanische Hautreinigung bei kranken Personen keine künstlichen Gewebe, sondern wirkliche präparirte Wasch- und Badeschwämme, so empfiehlt es sich, darauf zu achten, dass dieselben sandfrei und möglichst feinporös sind; am besten eignen sich für die Krankenpflege die sog. Zimmocaschwämme, welche zwar theuerer sind als die gewöhnlichen griechischen Badeschwämme, aber sich durch grössere Haltbarkeit und Aufsaugungsfähigkeit auszeichnen.

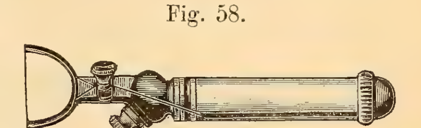
Von besonderer Wichtigkeit ist die körperliche Reinigung der neu in das Hospital aufgenommenen Kranken, da dieselben nicht selten zuvor in ihrer Behausung einer ausreichenden Körperpflege ermangeln. Es ist daher zur Regel geworden alle Kranken, deren status morbi dies irgend zulässt, gleich nach der Aufnahme ins Seifenbad zu bringen. Auch muss stets das Haar auf Parasiten untersucht werden, welche sich durch einen Kopfverband mit Acetum Sabadillae leicht vertreiben lassen. Auch sonst müssen die Kranken natürlich regelmässig gebadet werden, zu welchem Zwecke in allen modernen Hospitälern in der Nähe der eigentlichen Krankenräume besondere Baderäume vorhanden sind (vgl.

pag. 64). Erhebliche Schwierigkeiten kann die ausreichende Reinigung der Hände von kranken Arbeitern bereiten, welche häufig eine stark schwielige, rissige und zerklüftete Epidermis zeigen. Hier muss der Seifenwaschung stets eine Behandlung mit Oleum Therebinthinae vorangehen.

Auch die Hautpflege bei Schwerkranken erfordert besondere Beachtung. Die Waschungen müssen in schonendster Weise ausgeführt werden; dem Kranken dürfen keine Schmerzen verursacht werden, auch ist zu beachten, dass niemals der ganze Körper auf einmal entblösst werden darf; vielmehr müssen die Glieder nach und nach in bestimmter Reihenfolge der Reinigung unterzogen werden. Die grösste Aufmerksamkeit erfordern bei Schwerkranken die schon mehrfach erwähnten Hautstellen, an welchen sich erfahrungsgemäss leicht Decubitus einstellt. Hier sind prophylactische Waschungen mit verdünntem Essig oder Citronensaft am Platze. Ferner verlangt bei Schwerkranken die Schleimhaut der Mundhöhle und des Rachens besondere Aufmerksamkeit. Da viele Schwerkranke den Mund dauernd geöffnet halten und die Mundathmung bei ihnen vorherrschend ist, kommt es leicht zu einer Austrocknung der Mundschleimhaut, welche sich weiterhin in einem Rissigwerden der Schleimhaut und consecutiver Geschwürsbildung an Lippen, Zahnfleisch, Zunge, Gaumen und Rachenwand äussert, sodass der Ansiedlung pathogener Bakterien an diesen Stellen Thür und Thor geöffnet ist. Der Krankenpflege erwächst hier also eine zweifache Aufgabe: erstens muss sie dem Austrocknen der Schleimhaut entgegenwirken und zweitens muss sie eine ausreichende Desinfection der Mundhöhle erstreben. Der erste Zweck wird erreicht durch häufige Anfeuchtungen der Lippenschleimhaut und fleissig vorgenommene Auswaschungen des Mundes, der zweite durch Ausspülungen des Mundes und Gurgelungen mit adstringirenden und antiseptischen Flüssigkeiten. O. Rosenbach (vgl. Zeitschr. f. Krankenpfl. 1894. pag. 133) hat für die Mundpflege bei Kranken die folgenden trefflichen Rathschläge zusammengestellt: Kranke mit normaler Verdauungsthätigkeit, ohne Fieber und mit freiem Bewusstsein, bedürfen keiner anderen Mundpflege als in gesunden Tagen. Kranke, deren Appetit wesentlich verringert ist oder die meist nur flüssige Nahrung geniessen, müssen ihren Mund um so sorgfältiger reinigen, je weniger feste, die Kaubewegungen beanspruchende, Nahrung aufgenommen wird; sie müssen mehrfach am Tage mit lauwarmem Wasser gurgeln, dem zur Anregung der Schleimsecretion etwas Kochsalz (oder einige Tropfen Tinct. Myrrh., Eau de Cologne, Quassia, Calmus, Anis, Pfeffermünz) zugesetzt ist. Bei schadhaften Zähnen und Neigung zu Zahnfleischblutungen räth Rosenbach etwas gepulverte Borsäure zweimal täglich zwischen Lippen und Zahnfleischrand einzureiben. Künstliche Gebisse sollen nur während der Mahlzeit getragen werden. Bei Kranken, deren Sensorium nicht ganz frei ist, muss die Mundhöhle mehrfach am Tage genau untersucht werden, da kleine Verletzungen durch Biss oder den Druck der Zähne häufig sind; die betreffenden Stellen sind mit Acid.

boric. pulv. oder etwas Kali chloricum zu betupfen. Am Tage und des Nachts müssen bei diesen Kranken (etwa alle 2—3 Stunden) Zahnfleisch und Schleimhautfalten mit einem feuchten Läppchen energisch ausgewischt, auch dabei besonders ein Druck auf den Zungengrund ausgeübt werden, damit Würgebewegungen an Stelle der normalen Kaubewegungen ausgelöst werden, die gleichfalls die Speichel- und Schleimdrüsen zu verstärkter Thätigkeit anregen. Wird bei offenem Munde geathmet, so muss die umgebende Luft recht feucht gehalten, ev. ein feuchter Musselinlappen auf den Mund gelegt werden. Bei fiebernden Kranken muss für reichliche, mindestens stündliche Wasser- und Getränkzufuhr (schwachsaure Limonaden) gesorgt werden, um die Austrocknung der Schleimhaut hintanzuhalten. Man darf nicht etwa warten, bis der Kranke Flüssigkeit verlangt, sondern muss sie ihm unermüdlich anbieten. Bei fiebernden Kranken muss die Lippenschleimhaut von vornherein mehrmals täglich mit Vaseline oder Fett eingerieben werden. Bei dauernd fiebernden Kranken ist auch die Einpinselung von Oel oder stark verdünntem Glycerin im Bereiche der gesammten Mund- oder Schlundhöhle von Vortheil. Aufrecht hält Einpinselungen mit reinem, unverdünntem Glycerin bei schweren, fieberhaften Krankheiten für noch wirksamer (vgl. Pathologische Mittheilungen. 1886. Heft 3. pag. 33). P. G. Unna empfiehlt für die Mundpflege bei Kranken insbesondere die Verwendung seiner 100- oder 50proc. Kali chloricum-Zahnpasten, mit einer Pastengrundlage aus kohlensaurem Kalk, Rhizoma Iridis, Seife und Glycerin. Szanna bringt statt der Gurgelwässer welche nach seinen Untersuchungen selbst bei richtig ausgeführtem Gurgeln häufig nicht über den vorderen Gaumenbogen hinausgehen und die hintere Rachenwand völlig unbenetzt lassen, die Verwendung allmählich löslicher Pastillen (Saccharin und Resina Guajaci, je 0,1, tgl. 10—20 Stück) in Vorschlag (Zeitschr. f. Krankenpflege. 1894. pag. 347).

Fig. 58.



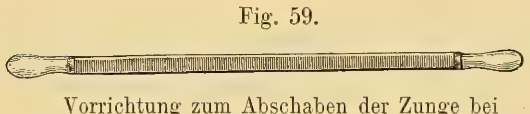
Zahnfugenreiniger nach Falkenstein.

Besondere Aufmerksamkeit beansprucht bei Kranken auch das Reinhalten der Zähne, zwischen welchen sich häufig Theile der aufgenommenen Nahrung festsetzen und dann zu Zersetzungen Anlass geben. Mangelhafte Zahnpflege bei Kranken kann weiterhin accidentelle, schmerzhafte, entzündliche Affectionen hervorrufen (Parulis, Periostitis), welche die Genesung erheblich beeinträchtigen. Zur Zahnreinigung verwende man ausschliesslich Zahnbürsten, welche aus haltbaren, nicht zu starren Borsten zusammengesetzt sind; die einzelnen Borstenbündel müssen in exacter Weise, am besten mit Draht, nicht aber nur mit Leim befestigt sein (vgl. Zeitschr. f. Krankenpfl. 1895. pag. 181), da besonders von Schwerkranken losgelöste Borsten leicht verschluckt werden und im Darm schädlich wirken können (Perityphlitis!). Neuerdings hat man Gummi-

Zahnbürsten für die Krankenpflege eingeführt, welche gar keine Haarborsten besitzen, sondern statt derselben eine Anzahl kegelförmiger Hervorragungen aus rothem Weichgummi aufweisen; bei diesen Bürsten wird auch die leichtere und gründlichere Desinficirbarkeit als bemerkenswerther Vorzug hervorgehoben. Zur Erzielung einer ausreichenden Reinigung der Zahnzwischenräume sind mehrfach besondere kleine Apparate construirt worden, die sog. „Zahnfugenreiniger“ (Fig. 58), deren Prinzip darauf beruht, dass ein jederzeit verstellbarer und ersetzbarer sterilisirter Seidenfaden, der über einem mit Handgriff versehenen Metallbogen ausgespannt wird, zwischen die Zähne eingeführt und hin- und herbewegt wird (Zeitschr. f. Krankenpfl. 1895. pag. 269).

Schliesslich wäre hier noch eines kleinen, sehr praktischen Instrumentes für die Mundpflege bei Schwerkranken zu gedenken, dessen Anwendung wohlgeeignet ist, die Bildung von Pilzbelägen auf der Zunge der Kranken zu verhindern, der sog. Zungenschabe (Fig. 59), welche aus einem leicht biegsamen, ca. 1—1,5 cm breiten Fischbein- oder Celluloidstäbchen besteht, dessen beide Enden mit kleinen Elfenbeinhandgriffen versehen sind, und das, halbkreisförmig zusammengebogen und so in den Mund des Kranken eingeführt, dem Pflegepersonal leicht gestattet, auch die hinteren Partien der Zunge dauernd reinzuhalten. Somit kann dieser kleine, noch nicht genügend verbreitete Apparat die Wirkung von Zahnbürste, Zahnpulver, Auswaschungen, Ausspülungen etc. auf das Beste unterstützen.

Fig. 59.



Vorrichtung zum Abschaben der Zunge bei Schwerkranken.

### δ) Nahrungsdarreichung.

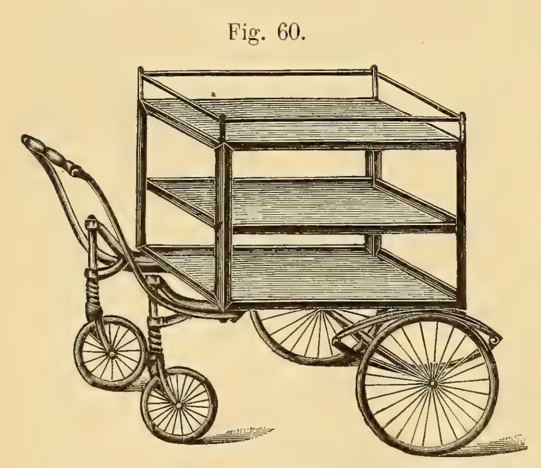
Neben der richtigen Auswahl der für kranke Personen zuträglichen Speisen und Getränke, welche die in neuerer Zeit durch E. v. Leyden inaugurirte und erfolgreich ausgebaute, wissenschaftlich begründete Ernährungstherapie regelt, ist unzweifelhaft auch die Technik der Nahrungsdarreichung am Krankenbette hinsichtlich der Erreichung des durch die dargebotene Nahrung beabsichtigten Zweckes von grosser Bedeutung, und zwar hauptsächlich deshalb, weil es durch die Verwendung geeigneter technischer Hilfsmittel bei der Krankenernährung gelingt, sowohl die Esslust der Kranken, den Appetit, dieses für die Ernährung so ausserordentlich wichtige Moment, erheblich zu verstärken als auch den zugeführten Speisen die dem Kranken zuträglichste Form und physikalische Beschaffenheit zu verleihen als auch schliesslich die Nahrungsaufnahme für den Kranken selbst möglichst bequem und schonend zu gestalten. Da die „Technik und der Comfort der Ernährung“ erst in allerjüngster Zeit durch M. Mendelsohn in v. Leyden's Handbuch der Ernährungstherapie und Diätetik. Bd. I. pag. 423—489, eine sehr

eingehende Darstellung erfahren hat, so erscheint es uns angemessen, hier auf die dortigen Ausführungen hinzuweisen. Um den Rahmen des vorliegenden Werkes nicht zu überschreiten, müssen wir uns in der folgenden Darstellung darauf beschränken, ein Bild von dem Standpunkt des Krankencomforts für die Ernährung im engeren Sinne zu geben und besonderen Werth auf die Schilderung der gegenständlichen Vorrichtungen und Zurüstungen, welche hier in Frage kommen, zu legen.

Ein sehr wichtiges Moment ist zunächst die Gestaltung der Umgebung bei der Nahrungsaufnahme. Wir haben bereits weiter oben erwähnt, dass man neuerdings in den Hospitälern besondere Aufmerksamkeit darauf richtet, dass die Mahlzeiten von den Kranken, wenn es irgend der Status morbi gestattet, nicht in den eigentlichen Krankenräumen, sondern in besonderen Speisesälen eingenommen werden, um auf diese Weise diejenigen Einflüsse aus der Umgebung, welche vermindernd auf die Esslust der Kranken einwirken können, möglichst auszuschalten (vgl. pag. 63). Es ist in letzter Zeit von verschiedenen Seiten, insbesondere von E. v. Leyden und M. Mendelsohn, wiederholt hervorgehoben worden, dass eine freundliche, behagliche Gestaltung der Umgebung, sowie ferner eine möglichst reinliche, angenehme, von liebevoller Fürsorge für den Kranken zeugende Art der Speisendarreichung im Stande ist, auf die Nahrungsaufnahme in hohem Grade fördernd einzuwirken. Es begreift sich ja auch unschwer, dass der Appetit eines Kranken ein ungleich grösserer sein muss, wenn er in der Lage ist, seine Mahlzeiten an sauber- und sorgfältig gedeckten Tischen in besonderen freundlich und anmuthend ausgestatteten Räumen gemeinsam mit anderen Kranken, die nicht an das Bett gefesselt sind, mit welchen er sich bei Tische angenehm unterhalten kann, einzunehmen, als wenn er gezwungen ist, neben dem Bette eines Schwerkranken, der vielleicht gerade mit einer Stuhlentleerung beschäftigt ist oder einen stark nach Jodoform riechenden Verband trägt, seinen Speiseteller auf seinem Schoss zu placiren, wie dies noch immer in manchen Hospitälern die Regel ist. In England und Amerika, neuerdings jedoch auch schon vielfach in Deutschland, insbesondere in den neuen grösseren Specialkrankenhäusern wird auf eine möglichst eingehende Sorgfalt beim Anrichten und Serviren der Krankenspeisen mit Recht ein sehr grosser Werth gelegt. Tischzeug und Essgeräthe sind stets in sauberstem Zustande und werden in geschmackvoller Weise angeordnet; die Tafeln werden mit Blumen geschmückt; selbst das Muster der aufgestellten Teller, Tassen und Krüge soll dazu beitragen, die Esslust anzuregen. Auch die Speisen selbst werden nicht nur in bekömmlicher, schmackhafter Weise nach den durch die Ergebnisse der wissenschaftlichen Forschung geläuterten Regeln der heutigen Kochkunst hergestellt, sondern auch durch die richtige Verwendung kleiner ausschmückender Zuthaten und durch eine den Appetit anregende, hübsche Gestaltung ihrer äusseren Form mundgerechter gemacht. Bei weitem schwieriger gestaltet sich hingegen die Durchführung einer geeigneten Speisendarreichung bei denjenigen Kranken, welche an-

dauernd das Bett hüten müssen. In den öffentlichen Hospitälern, in welchen man gezwungen ist, eine Anzahl Schwerkranker in demselben Raume unterzubringen, lassen sich natürlich nicht alle diejenigen Momente dem Krankenbette des Einzelnen gänzlich fernhalten, welche die Nahrungsaufnahme beeinträchtigen könnten. Aber immerhin wird auch hier stets dahin zu streben sein, die Speisendarreichung so sorgfältig als nur immer möglich zu gestalten. Darüber, dass auch bei den bettlägerigen Kranken stets nur sauberes und unbeschädigtes Essgeschirr verwendet werden soll, ist weiter kein Wort zu verlieren; sind doch gerade kranke Personen in dieser Hinsicht besonders penibel und bereit eine schwer zu verschmerzende Vernachlässigung darin zu erblicken, dass nach dieser Richtung hin gefehlt wird (vgl. E. v. Leyden, Ueber Specialkrankenhäuser etc. pag. 11; M. Mendelsohn, Comf. d. Kranken. pag. 55; ferner den Aufsatz von F. Liese, Deutsche Krankenpfl.-Zeitung 1898. pag. 178).

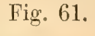
Fig. 60.

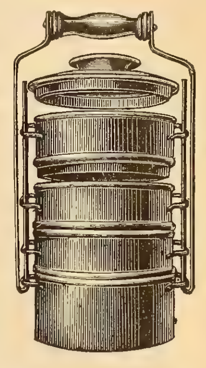


Speise-Transportwagen für Krankenhäuser.

Neben der appetitlichen Anrichtung der Krankenspeisen ist es auch von grosser Bedeutung, dass Alles, was dem Kranken vorgesetzt wird, schmackhaft und bekömmlich nach den subtilen Regeln der Krankenkostbereitung hergestellt ist. Sodann ist es wichtig, dass die Speisen stets die richtige Temperatur haben. Um diese Bedingung, welche sich im Privathause ja leicht durch Controlle mittelst der neuerdings eingeführten billigen und practischen, mit gefärbtem Alkohol gefüllten Speisethermometer erfüllen lässt, auch in den Hospitälern durchführen zu können, hat man in den letzten Jahren besondere Apparate construirt, welche verhüten, dass die Speisen während des Transports von der Küche nach den einzelnen Krankenräumen sich abkühlen (vgl. v. Leyden, l. c.). In manchen Krankenhäusern werden die Speisen mittelst besonderer Fahrstühle in die verschiedenen Abtheilungen des Hauses aus der Küche aufgezogen, insbesondere in denjenigen Hospitälern, welche nach dem Corridorsystem gebaut sind. Wo hingegen das Pavillonsystem durchgeführt ist, hat man kleine heizbare Speise-Transportwagen, welche die Speisen zu den einzelnen Pavillons hinbefördern (Fig. 60). Die Speisen selbst befinden sich in verdeckten Schüsseln, die gewöhnlich mehrfach auf einander geschichtet (Speise-Menagen, Fig. 61) und in mit Stroh- oder Filzplatten ausgelegte Metallkästen eingestellt werden, die während des Transports fest verschlossen gehalten werden. An manchen Orten bedient man sich auch besonderer Wärme-

tische, die im Vorraum der Krankensäle ihre Aufstellung finden. In letzter Zeit ist man soweit gegangen, selbst die Speiseteller und Speiseschüsseln mit Vorrichtungen zu versehen, welche ein Auskühlen des für die Kranken bestimmten Inhalts verhindern. Diese Geräthe sind doppelwandig, aus Metall hergestellt und enthalten zwischen den beiden Wandungen eine gewisse Menge essigsauren Natriums, das in Glycerin gelöst ist. Da dieses Salz die Eigenschaft hat, beim Auskrystallisiren aus seinen Lösungen sehr viel Wärme freizumachen, so bleiben derartige Geräthe stundenlang warm, nachdem sie einmal in heisses Wasser gestellt sind (vgl. M. Mendelsohn in v. Leyden's Handbuch der Ernährungstherapie. Bd. I. pag. 448). Für die Kühlung der für Kranke bestimmten Getränke bedient man sich gleichfalls geeigneter besonderer Geräthschaften. In den Hospitälern hat man für diesen Zweck Eisschränke, welche in jedem Augenblick beliebige Mengen von Milch etc. im gekühlten Zustande zur Verfügung stellen. Um kleinere Mengen eisgekühlter Getränke herzustellen, sind besonders gut verwendbar die neuerdings von Aron angegebenen Kühlgläser (Fig. 62), welche aus zwei ineinander gestellten Trinkgläsern bestehen, die durch einen Gummiring mit einander verbunden sind, und zwischen deren Wandungen sich Eis befindet, das sich bei luftdichtem Abschluss länger unzerschmolzen erhält (Deutsche med. Wochenschr. 1899. Therap. Beilage No. 3. pag. 19).

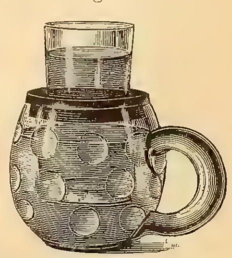

Fig. 61.



Speisetrage für Krankenhäuser.

Ein einfaches Verfahren, um Getränke auch ohne Eis zu kühlen, besteht darin, dass man ein dickes, in kaltes Wasser getauchtes und lose ausgedrücktes Handtuch um das Gefäss, welches das zu kühlende Getränk enthält, herumwickelt und das Ganze ca. 15 Minuten lang an das geöffnete Fenster, am besten in Zugluft stellt, wodurch eine sehr bedeutende Abkühlung des Inhalts erfolgt (Zeitschr. f. Krankenpfl. 1897. pag. 223). Ganz zu verwerfen ist hingegen das Hineinwerfen von Eisstücken in das Getränk selbst, da das gewöhnlich verwendete Eis nachgewiesenermaassen häufig schädliche Bacterien enthält. Aus diesem Grunde sollte zu therapeutischen Zwecken stets nur künstlich hergestelltes, sterilisirbares Eis zur Verwendung gelangen, dessen Erzeugung allerdings noch ziemlich kostspielig ist. Ein sehr practischer Apparat zur Herstellung geringerer Mengen keimfreien Eises ist von Liebreich construirt worden, eine kleine Eismaschine (Fig. 63), bei welcher die grosse Temperaturerniedrigung, welche das Ammoniumnitrat bei der Auflösung in Wasser bedingt, ausgenutzt wird (Zeitschr. f. Krankenpfl. 1894. pag. 336). Ganz besondere Wichtigkeit kommt diesem Geräth auch hinsichtlich der

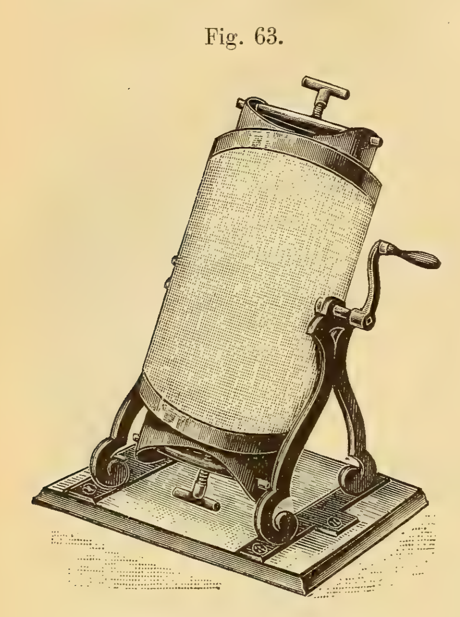
Fig. 62.



Glas für eisgekühlte Getränke nach Aron.

Herstellung einer grösseren Menge kleiner Eisstückchen von gleichem Volumen, der sog. Eispillen, welche direct in den Magen der Kranken hineingelangen (Ulcus ventriculi etc.), zu. Neuerdings werden in England diese Eispillen für die Zwecke der Krankenpflege in grossem Maassstabe hergestellt, indem grössere Stücke Eis künstlich erzeugt und dann maschinell in zahlreiche kleine Würfel von genau derselben Grösse zerschnitten werden; gleichzeitig werden die einzelnen kleinen Würfel mit einem Fabrikstempel versehen, der ihre Herkunft und keimfreie Beschaffenheit verbürgt, und alsdann durch erneutes Zusammenfrierenlassen wiederum zu einem grösseren in den Apotheken erhältlichen Würfel vereinigt, der sich dann sehr leicht durch kurze Benetzung mit Wasser in die kleinen Theilstückchen zerlegen lässt (vgl. Zeitschr. f. Krankenpfl. 1894. pag. 222). Um die kleinen Eisstückchen, welche dem Kranken verabreicht werden sollen, längere Zeit unzerschmolzen zu erhalten und so einen sparsameren Eisverbrauch zu erzielen, bedient man sich mit Vortheil der neuerdings construirten Eistassen (Fig. 64), welche aus einem Glasbecher mit Henkel und durchlochtem Glaseinsatz bestehen; das Eis liegt in allen diesen Geräthen stets trocken dadurch, dass alles Tropfwasser in den unteren Hohlraum des Gefässes abrieselt.

Fig. 63.



Eismaschine für Krankenzwecke nach Liebreich.

Fig. 64.

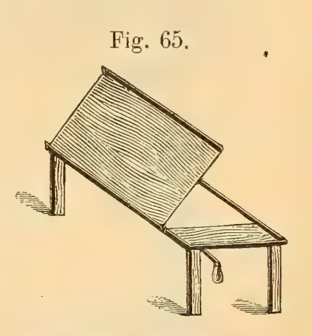
Eistasse.

Um das für Schwerkranke, die nur mühsam kauen und schlucken können, nöthige Zerschneiden und Zerkleinern der festeren Speisen zu erleichtern, ist vor einiger Zeit in Frankreich ein Apparat construirt worden, der den Namen „Masticator“ (Kauinstrument) führt und so eingerichtet ist, dass durch das Hin- und Herbewegen zweier Handgriffe zwei entsprechende mit parallelen Messerchen besetzte Branchen in Bewegung gesetzt werden, die ein schnelles und gleichmässiges Zerkleinern der Speisen besorgen (Revue de Polytechnique méd. 1896).

Da die Nahrungsaufnahme für durch dauernde Krankheit erschöpfte Individuen immerhin mit einer gewissen Muskelanstrengung verknüpft

ist, welche durch verschiedene Factoren wie das längere Sichaufsetzen, das Halten der Speiseschüssel, das Zumundeführen des Löffels etc. bedingt ist, so hat man in der Absicht den hierzu nöthigen Kräfteaufwand möglichst einzuschränken, eine Anzahl technischer Vorrichtungen und Geräthschaften construirt, welche geeignet sind, den Akt der Nahrungsaufnahme für den Kranken zu erleichtern und bequemer zu gestalten. Schon Dieffenbach (l. c. pag. 40) empfiehlt dem Kranken nicht den Speiseteller direct in das Bett zu stellen, weil das fortwährende Festhalten desselben unbequem und anstrengend ist, sondern ihm vielmehr die Speisen auf einem in das Krankenbett gestellten Essbrett zu serviren, auf welches ein weisses Tuch gebreitet ist. Neuerdings finden in den Hospitälern vielfach besondere Esstabletts aus Holz oder Papiermaché von gefälliger Form Verwendung. In den reicher ausgestatteten Specialkrankenanstalten, insbesondere in den Einzelzimmern, hat man in den letzten Jahren, allerdings noch in geringem Umfange, die sog. verstellbaren Krankenesstische eingeführt, welche sich als ausserordentlich praktisch bewährt haben. Es ist in letzter Zeit eine ganze Reihe dem erwähnten Zwecke dienender Geräthschaften des Krankencomforts angegeben worden. Ein Theil dieser Geräthe hat die Form einer kleinen Fussbank, welche nicht ganz so breit ist als das Krankenbett und vor dem Kranken auf die Polstermatratze aufgesetzt wird. Die horizontale Platte dieser Essbänkchen kann vermittelst einer drehbaren Kurbel durch den Kranken selbst oder durch das Pflegepersonal je nach Erforderniss höher oder tiefer gestellt werden. Manche dieser Essbänkchen sind auch mit einer kleinen Zahnstange versehen und so eingerichtet, dass die horizontale Platte des Apparates sich um ihre Längsaxe drehen und in jeder beliebigen Neigung feststellen lässt, so dass man das Geräth gleichzeitig als Lese- und Schreibpult verwenden kann (Fig. 65). Ein anderer Theil dieser Geräthe wird nicht in das Bett hineingesetzt, sondern steht vielmehr seitlich vom Krankenbette auf dem Fussboden. Die letzteren Geräthe sind die eigentlichen Krankenesstische. Sie bestehen meist aus einem verticalen Stativ, welches in ein horizontales Fussgestell, das gewöhnlich mit Rollen versehen ist, um den Tisch leicht an das Bett heranbringen zu können, eingelassen ist. An dem oberen Ende des verticalen Stativs ist eine viereckige horizontale Aufsatzplatte, die eigentliche Tischplatte, befestigt. Diese Apparate werden neuerdings sowohl aus Holz als auch aus Eisen hergestellt. Für Hospitalzwecke sind natürlich die aus Eisen construirten Krankenbetttische vorzuziehen. Die Construction dieser Apparate ist in den letzten Jahren in bemerkenswerther Weise vervollkommnet worden; man hat jetzt Tische dieser Art, deren vertikales Stativ durch Kurbel-

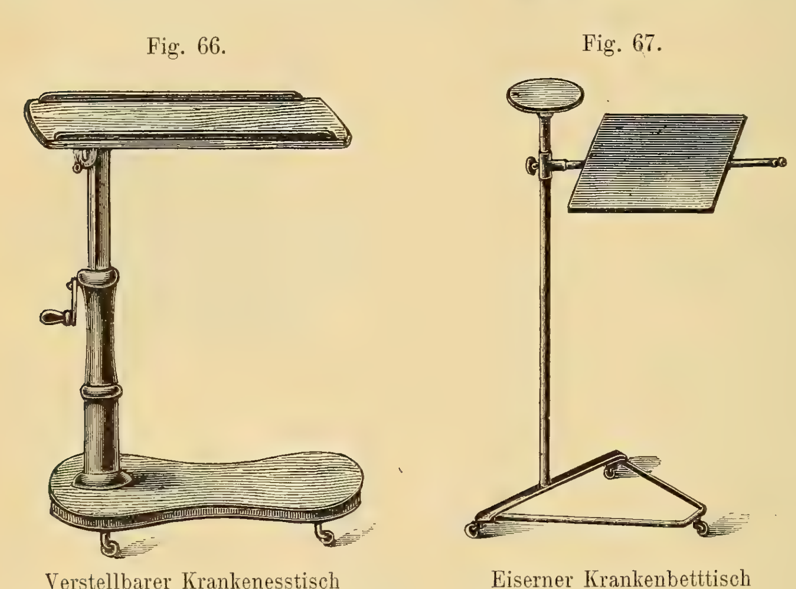
Fig. 65.



Essbänkchen für Kranke.

drehung beliebig verlängert werden kann, so dass die horizontale Tischplatte bald höher, bald niedriger zu stellen ist (Fig. 66). Eine weitere Vervollkommnung besteht darin, dass die Tischplatte zugleich um ihre Längsachse rotirt werden kann, sodass auch eine beliebige Schrägstellung der Platte ermöglicht ist, wie sie für Lesezwecke benöthigt wird; die Feststellung der Platte in der gewünschten Neigung erfolgt durch eine kleine Klemmschraube (Fig. 67). Manche Tische sind auch noch mit einer besonderen kleinen, runden Nebenaufsatzplatte versehen, auf welcher unter Umständen eine Lampe, ein Tintenfass etc. placirt werden kann. Einen sehr praktischen Krankentisch hat Bredt construirt (Zeitschr. f. Krankenpfl. 1894. pag. 261); derselbe besitzt ausser den Vorzügen der übrigen Krankenbetttische noch die für die Bequemlichkeit des Kranken

Fig. 66. Fig. 67.



Verstellbarer Krankenesstisch mit Kurbelbetrieb.

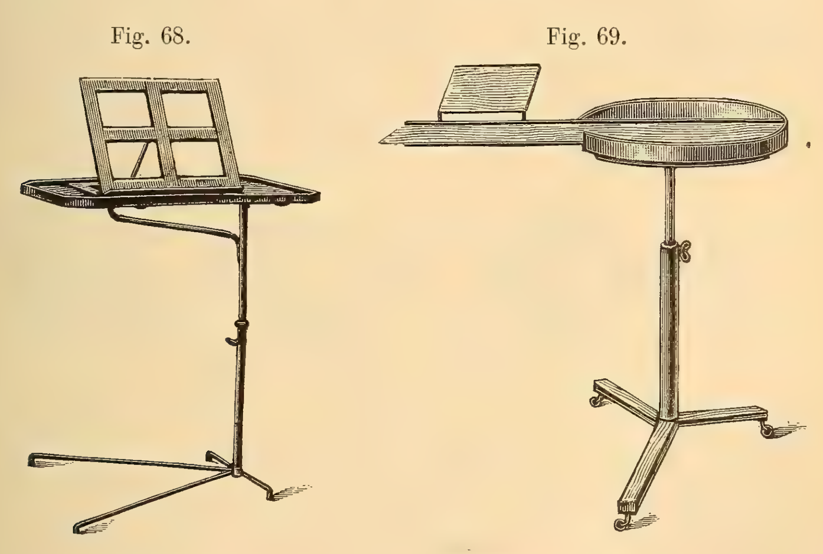
Eiserner Krankenbetttisch für Hospitäler.

sehr werthvolle Eigenschaft, dass seine Tischplatte, die eine rundliche Form hat, auch um das vertikale Stativ, auf dem sie befestigt ist, leicht rotiren kann, sodass der Kranke ohne besondere Anstrengung die Platte je nach Wunsch zur Seite zu schieben oder sich zu nähern vermag (Fig. 69). Von wesentlicher Bedeutung ist es, dass alle diese Krankentische so construirt werden, dass ein leichtes Umfallen derselben vermieden wird. Um diesen Zweck zu erreichen, ist es nothwendig, dass das auf dem Fussboden ruhende Grundgestell der Tische, in welches das verticale Stativ eingelassen ist, und welches seitlich unter das Krankenbett geschoben wird, genügend lang gewählt wird, damit es selbst bei einseitiger Belastung der oberen horizontalen Tischplatte ein hinreichendes Gegengewicht bildet. Bei anderen Krankenesstischen wird die gesicherte Feststellung des Geräthes an der Seite des Krankenbettes dadurch bewirkt, dass das

vertikale Stativ unmittelbar an das eiserne Bettgestell selbst angeschraubt wird.

Wenn auch die Zuhilfenahme der eben geschilderten Apparate die Speisenaufnahme bei bettlägerigen Kranken schon wesentlich bequemer zu gestalten vermag, so wird doch in sehr vielen Fällen, insbesondere, wenn es sich um erschöpfte und schwache Kranke handelt, ausserdem noch eine geeignete Unterstützung des Rückens nöthig sein, um die Speisenaufnahme seitens des Kranken ohne Anstrengung zu ermöglichen. Da das gewöhnlich geübte Anheben des Kranken mitsammt dem Kopfkissen durch das Pflegepersonal bei länger dauernden oder häufiger wiederholten Mahlzeiten sehr umständlich und mühevoll ist, so können auch für die Zwecke der Nahrungsaufnahme sich die oben beschriebenen, verstellbaren Keilkissen (vgl. pag. 73) als sehr empfehlenswerth erweisen.

Fig. 68. Fig. 69.

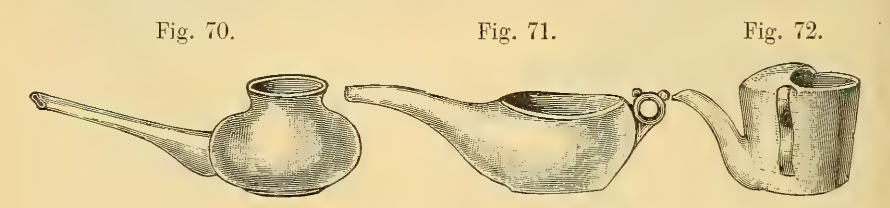


Krankenbetttisch mit Lesepult. Krankenbetttisch nach Bredt.

Am schwierigsten gestalten sich die Nahrungsaufnahme und Nahrungsdarreichung bei denjenigen Kranken, welche durch die lange Dauer oder die Schwere ihrer Erkrankung so unbeweglich und hilflos geworden sind, dass sie auf eine selbstthätige Mitwirkung beim Zumundebringen der Nahrung verzichten müssen und daher durch das Pflegepersonal gefüttert werden. Um bei solchen Kranken (Fiebernde, Gelähmte, Kachectische, Operirte, Verletzte) eine ausreichende Nahrungsaufnahme herbeizuführen, bedarf es nicht nur einer erheblichen Summe von Geduld und Geschicklichkeit von Seiten der Krankenwartung, sondern auch besonders gestalteter, den veränderten Verhältnissen angepasster Essgeräthschaften. Da viele Schwerkranke sich ohne Nachtheil für ihren Zustand überhaupt nicht aufsetzen dürfen, sondern andauernd in horizontaler Rückenlage zu verharren gezwungen sind, so hat die Erfahrung schon seit langem ge-

zeigt, dass bei solchen Kranken die Verwendung der gewöhnlichen Essgeräthe unbequem und anstrengend sowohl für den Kranken als den Pflegenden ist und häufig auch garnicht zum Ziele führt. Man sah sich daher genöthigt für die Ernährung der in ausgestreckter Rückenlage befindlichen Kranken besondere Tassen und Löffel zu construiren, welche ein erleichtertes Beibringen der Nahrung bei diesen Kranken gestatten. Von vornherein ist es ja klar, dass Messer und Gabel bei Schwerkranken schon deshalb nicht zur Verwendung kommen können, weil man mit diesen Instrumenten die Kranken leicht verletzen kann. Aber auch die gewöhnlichen Tischlöffel sind bei dem Füttern von Schwerkranken, welche meist nur flüssige Nahrung geniessen dürfen, oft nicht gut verwendbar, weil die Flüssigkeit beim Herabneigen des Löffels zum Kranken leicht über den Löffelrand hinüberfliesst und, anstatt dem Kranken zu gute zu kommen, die Bettstücke verunreinigt. Diesen Erwägungen folgend, hat man die für Schwerkranke bestimmten Tassen und Löffel so geformt, dass einerseits ihre obere Oeffnung zum Theil geschlossen und überdacht gestaltet ist, andererseits an ihnen ein besonderer für den Mund des Kranken

Fig. 70. Fig. 71. Fig. 72.

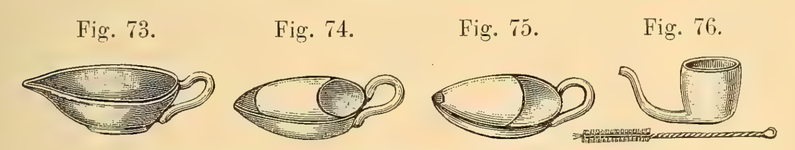


Schnabeltassen für die Ernährung Schwerkranker.

bestimmter und von seinen Lippen leicht erfassbarer Ausfluss, eine sog. Tülle, angebracht ist, wodurch die bequeme Aufnahme des Inhaltes wesentlich erleichtert wird. Diese Krankengeräthe werden gewöhnlich als Schnabeltassen und Schnabellöffel bezeichnet und sind, um die Nahrungsdarreichung für das Pflegepersonal zu erleichtern, meist mit einem Henkel versehen (Fig. 70—76). Als Herstellungsmaterial dient gewöhnlich Porzellan oder Steingut, bisweilen auch Glas. Es verdienen jedoch die Porzellangeräthe den meisten Vorzug, da sie nicht so leicht springen und brechen als die gläsernen Gefässe, welche bekanntlich gegen warme Temperaturen empfindlicher sind. Ueberdies ist zu bedenken, dass manche Schwerkranke, besonders solche, deren Sensorium nicht ganz frei ist, die Neigung zeigen, die ihnen dargebotenen Essgeräthe zu zerbeissen oder zu zerbrechen. Für derartige Kranke würden auch metallene Geräthe in Frage kommen, welche indess schwieriger zu reinigen sind als die Porzellangeräthe. Jedenfalls müssen die Metallgeräthe, die zur Verwendung kommen, mit einer sehr guten Glasur versehen sein und es darf weder das verwendete Metall selbst, noch auch die Glasur Beimischungen enthalten, welche dem Kranken nachtheilig werden können (Kupfer, Blei). Ein Haupterforderniss bei der Verwendung aller dieser Hilfsmittel für die Nahrungsdarrichung ist stets ihre absolute Sauberkeit und Reinheit. Um dieses Ziel erreichen zu

können, ist es nöthig, dass die erwähnte Ueberdachung dieser Gefässe sich nur über einen nicht zu grossen Theil ihrer oberen Oeffnung ausbreitet; auch bedarf insbesondere der oft ziemlich lange, hohle Schnabelansatz der Krankenschnabeltassen einer besonders gründlichen Reinigung mit einer kleinen biegsamen Drahtstielbürste (Fig. 76). Bei Kranken, welche nicht im Stande sind, die Kiefer in genügend ausgiebiger Weise von einander zu entfernen, finden für die Nahrungsaufnahme auch gebogene, kleine Glasröhrchen Verwendung, welche Aehnlichkeit mit der Form eines gläsernen Mutterrohrs haben, deren inneres Lumen jedoch einen geringeren Durchmesser hat; dieselben tauchen mit ihrem einen Ende in den in einer Tasse oder einem Glase befindlichen, dem Kranken beizubringenden Inhalt, während ihr mehr horizontaler Schenkel von den Lippen des Kranken umschlossen wird. Sind die beiden Zahnreihen des Kranken auch nicht ein wenig von einander zu entfernen, so kann es ausserordentlich schwierig sein, dem Kranken selbst flüssige Nahrung in ausreichendem Maasse einzuverleiben; man hilft sich in diesen Fällen, wo es angängig ist, in der Weise, dass man das gläserne Saugröhrchen durch eine Zahnlücke einführt. Bisweilen wird statt des beschriebenen Saugröhrchens auch ein kleiner Gummischlauch mit kurzem Elfenbeinmundstück verwendet, welcher mit seinem

Fig. 73. Fig. 74. Fig. 75. Fig. 76.



Schnabellöffel für die Ernährung Schwerkranker.

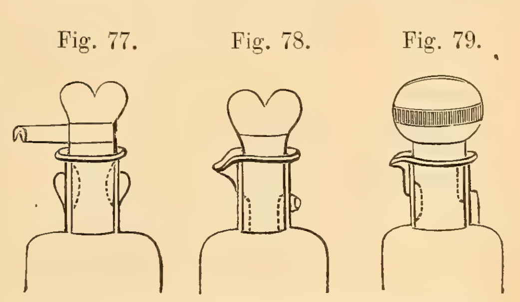
einen Ende in eine auf dem seitlich vom Bette stehenden Nachttisch befindliche Tasse eintaucht; ein solcher Saugschlauch gewährt den Vortheil, dass die mit Flüssigkeit gefüllte Tasse nicht durch das Pflegepersonal oder den Kranken dauernd festgehalten zu werden braucht, auch kann der Kranke auf diese Weise selbst bei horizontaler Position trinken. Es sind jedoch diese Saugschläuche viel schwerer reinzuhalten als ein gläsernes Saugröhrchen, und ausserdem verleihen sie, insbesondere wenn warme Flüssigkeit zugeführt wird, der Nahrung oft einen unerfreulichen Gummibeigeschmack.

### ε) Arzneidarreichung.

Für die Art und Weise, wie den Kranken die verschiedenartigen Arzneimittel dargereicht werden sollen, machen sich ganz ähnliche Gesichtspunkte geltend, wie bei der Nahrungsdarreichung. Auch hier kommt es darauf an, die Arzneien sowohl in möglichst reinlichem, unverborbenem Zustande als auch in möglichst schonender und bequemer Weise dem Kranken zuzuführen. Zunächst spielen die zur Aufnahme der Arzneien und Medicamente bestimmten Gefässe und Behältnisse eine nicht zu unterschätzende Rolle. Dieselben müssen nicht nur peinlich

sauber sein und stets wohlverschlossen gehalten werden, um das Hineinfallen von Staub zu verhüten, sondern sie müssen auch eine zweckmässige Form haben, welche sich nach den Besonderheiten des Inhalts richtet. Für flüssige Arzneien verwendet man ausschliesslich farblos-durchsichtige Glasflaschen in verschiedener Grösse, welche ihrerseits davon abhängt, ob das betreffende Medicament längere oder kürzere Zeit haltbar ist, ferner davon, ob es tropfenweise, theelöffel-, kinderlöffel-, esslöffelweise genommen werden soll. Leicht verderbende Arzneien pflegt man in geringeren Mengen zu verordnen, desgleichen stark wirkende, giftige Stoffe; hier kommen also auch nur kleinere Glasgefässe in Anwendung, zu 5, 10, 20, 25, 30, 50 g Inhalt. Für die haltbareren und selbst in grösserer Menge gefahrlosen Arzneien benutzt man grössere Flaschen von 75, 100, 150, 200 g Inhalt. Eine Reihe chemischer Körper zersetzen sich bekanntlich leicht unter dem Einfluss des diffusen Tageslichtes und machen die Verwendung dunkelblauer oder dunkelbrauner Glasflaschen nöthig. Um Verwechselungen und möglicherweise hieraus resultirende Unglücksfälle zu vermeiden, ist die gesetzliche Bestimmung getroffen worden, für die äusserlich, zu Umschlägen, Einreibungen, Einpinselungen etc., in Anwendung kommenden Arzneien ausschliesslich sechseckige, mit paralleler Längsriefung versehene Gefässe zu benutzen, für innerlich anzuwendende Arzneien aber runde, glatte Glasgefässe. Aehnliche Einrichtungen sind auch in England getroffen worden. Gleichfalls zur Verhütung von Verwechslungen tragen alle Arzneiflaschen eine sog. „Signatur", ein an den Flaschenhals gebundenes Papierstreifchen, auf welchem der Name der Arznei, der Name des Kranken, die im Einzelfalle vorgeschriebenen Zeiten für die Darreichung, sowie die Einzelgabe vermerkt werden; bei den äusserlichen Arzneien werden die Signaturen aus rothem Papier, bei den innerlichen Arzneien aus weissem Papier gewählt. Ganz praktisch erscheint der Vorschlag, den üblen Consequenzen einer Arzneiverwechslung durch das Pflegepersonal oder den Kranken selbst dadurch vorzubeugen, dass man für die stark giftigen Arzneien eine besondere Art von Korken verwendet, welche so eingerichtet sind, dass der gewöhnliche Korkstopfen horizontal in zwei Theile zerschnitten ist, die auf eine mit einem Knoten versehene Schnur aufgezogen sind. Bei beabsichtigtem Entkorken der betreffenden Flaschen wird zunächst nur der obere Theil des Korkes abgehoben, während der untere Theil im Flaschenhalse stecken bleibt und den Irrthum sogleich bemerken lässt (Zeitschr. f. Krankenpfl. 1894. pag. 424). Starke Gifte macht man überdies durch Anbringung eines Giftzeichens kenntlich, das am besten in die Flaschen eingebrannt, nicht nur auf einem Papierstreifchen vermerkt und aufgeklebt wird (Ibidem. 1896. pag. 71). Sehr stark wirkende Arzneien werden gewöhnlich als „Tropfen" verordnet und in besonderen sog. Tropfflaschen aufbewahrt. In neuerer Zeit haben diese Tropfflaschen wesentliche Vervollkommnungen erfahren, wodurch ermöglicht wird, dass die betreffenden Flaschen zwar beim Nichtgebrauch luftdicht verschlossen sind, bei der Anwendung aber durch

einen einfachen Handgriff die an ihnen angebrachte Tropfvorrichtung in Thätigkeit gesetzt werden kann. In früheren Zeiten hatte man ausschliesslich die gewöhnlichen Arzneiflaschen auch für die in Tropfenform verordneten Medicamente verfügbar, bei deren Anwendung ein leichtes und genaues Abzählen der Tropfen selbst dann nicht mit Sicherheit zu erreichen war, wenn man den im Volke seit Alters bekannten kleinen Kunstgriff zu Hilfe nahm, den oberen Rand der Flasche ein wenig anzufeuchten; späterhin verwendete man Tropfgefässe, welche in der Art hergestellt waren, dass die obere Apertur der Flaschen statt des gewöhnlichen, cylindrischen Korkstopfens mit einem Stückchen präparirter Thierblase, die am Flaschenhals durch eine feine circuläre Schnur befestigt und beim Gebrauch mittels einer Nadel zwiefach durchbohrt wurde, verschlossen waren. Derartige Vorrichtungen kommen jedoch heutzutage nur noch für Improvisationszwecke in Betracht, da sie den nicht unerheblichen Nachtheil haben, dass sie nicht genügend den Flascheninhalt gegen das Eindringen von Staub schützen. Die jetzt allgemein gebräuchlichen Tropfverschlüsse für Arzneiflaschen bestehen aus einem absolut luftdicht in den Flaschenhals eingeschliffenen Glasstöpsel, an welchen ein kleiner Glashandgriff angeschmolzen ist, vermittelst dessen der Stopfen nach Belieben verstellt werden kann. Es existiren mehrere verschiedene Systeme dieser gläsernen Tropfvorrichtungen, welche jedoch sämmtlich auf dem Princip beruhen, dass durch die Verstellung bezw. Drehung des Stopfens sowohl eine feine Ausflussrinne für die einzelnen Tropfen gebildet, als auch gleichzeitig eine zweite feine Oeffnung für den Eintritt einer geringen Menge Luft, wie sie nach physikalischen Gesetzen zum Zustandekommen gleichmässigen Ausfliessens von Flüssigkeiten aus geschlossenen Hohlräumen erforderlich ist, hergestellt wird (Fig. 77, 78, 79). In den letzten Jahren ist das Herstellungsverfahren für diese Tropfflaschen wesentlich vereinfacht und daher ihr Preis ein geringerer geworden, so dass sie gegenwärtig auch in den öffentlichen Hospitälern eine immer weitergehende Anwendung und Verbreitung erfahren. Immerhin sind die Bemühungen nur zu billigen, welche darauf abzielen, geeignete Tropfverschlüsse für Arzneigefässe zu construiren, welche möglichst einfach in der Herstellung und daher möglichst wenig kostspielig sind; eine recht einfache und praktische Vorrichtung dieser Art stellt der sog. „Tropfkork“ dar (vgl. Zeitschr. f. Krankenpfl. 1894. pag. 180), welcher aus einem gewöhnlichen, cylindrischen Flaschenkork besteht, der in der Mitte durchbohrt ist und ein




Verschiedene Systeme von Tropfvorrichtungen für Arzneiflaschen.

kleines Glastrichterchen mit Ausflusstülle nebst Luftlöchelchen trägt, das seinerseits wiederum durch einen kleinen Korkstöpsel verschlossen werden kann (Fig. 80). Zweckentsprechend scheint auch die von Overlach (Ibidem. 1894. pag. 388) angegebene Tropfkappe für Arzneigefässe zu sein, welche eine schnabelförmige Gestalt hat und an einem federnden Ringe befestigt ist, der an den Flaschenhals jeder gewöhnlichen Glasflasche angelegt werden kann (Fig. 81). Tropfvorrichtungen, welche eine Pipetten-artige Construction aufweisen, d. h. aus einem in den Flaschenhals eingeschliffenen Glasrohr bestehen, dessen obere Oeffnung durch eine Gummikappe verschlossen ist, sind hingegen für innerlich zu nehmende Arzneien nicht geeignet, da sie nicht genügend gegen die Luft abschliessen.

Nicht minder wichtig für die Vermeidung eines Verderbens der den Kranken darzureichenden Arzneien als ein hinreichender Luftabschluss der Arzneibehältnisse ist die Umgebungstemperatur, in welcher die Medicamente gehalten werden. Bei denjenigen Arzneien, welche erfahrungsgemäss einen besonders günstigen Nährboden für die Entwicklung pflanzlicher Mikroorganismen (Bacterien, Schimmel- und Sprosspilze) darbieten und besonders leicht chemischen Zersetzungen unterliegen, erscheint es unbedingt nothwendig, diesen unerwünschten Processen, welche den Nutzen der Arznei nicht nur vollkommen illusorisch machen, sondern directe Schädigungen des Kranken im Gefolge haben können, dadurch vorzubeugen, dass man die Arzneigefässe andauernd in kaltes Wasser bezw. in Eis einstellt, ein Verfahren, welches vor allem in der heissen Jahreszeit, aber auch sonst vielfach in Rücksicht auf die dauernd erhöhte Lufttemperatur der Krankenräume geboten ist. Noch aus einem anderen Grunde erscheint es nothwendig, der richtigen Temperirung der dem Kranken zu verabreichenden flüssigen Medicamente in höherem Maasse Beachtung zu schenken, als dies bisher üblich ist; die in der Apotheke frisch bereiteten Arzneien, insbesondere die Decocte und Infuse, kommen nicht selten in noch heissem Zustande in die Krankenräume und können daher leicht durch das Pflegepersonal den Kranken in einer wenig zuträglichen Temperatur dargereicht werden. Desgleichen ist der Ort, an welchem die Medicamente in der Zwischenzeit zwischen den einzelnen Gaben Aufstellung finden, von Bedeutung. Ebenso wie es als unzweckmässig bezeichnet werden muss, die Krankengeschichten und Temperaturtabellen in den Hospitälern am Kopfende der Krankenbetten oder im nächsten Bereiche der Kranken zu placiren, da diese Einrichtung häufig dazu führt, dass die Kranken Missbrauch mit diesen Objecten treiben, kann es als wünschenswerth angesehen werden, dass die für die Kranken bestimmten Arzneiflaschen auf der oberen Glasplatte des neben dem

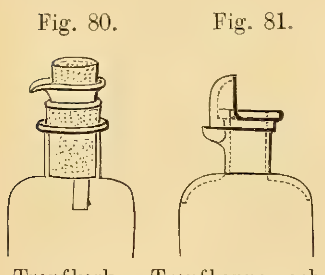


Fig. 80. Tropfkork.

Fig. 81. Tropfkappe nach Overlach.

Krankenbette stehenden Nachttischchens deponirt werden; es ist vielmehr zur Verhütung von Missgriffen und ihren schädlichen Folgen notwendig, dass die Arzneigefässe auf einem besonderen eigens hierzu bestimmten Tische Platz finden. Von besonderer Wichtigkeit ist es, dass sehr stark wirkende, giftige Medicamente aus der Nachbarschaft der Kranken ferngehalten werden; am rathsamsten erscheint es, derartige Medicamente in einem besonderen Wandschränkchen aufzubewahren, welches den Kranken nicht zugänglich ist.

Um ein möglichst genaues Abmessen der Arzneien entsprechend der auf der Signatur vermerkten Dosirung zu ermöglichen, sind in neuerer Zeit eine Reihe besonderer Geräthschaften construirt worden, welche das ordnungsmässige Verabreichen der Medicamente wesentlich erleichtern. Während man früher auch in den Hospitälern sich für die Abmessung der Arzneien ausschliesslich der noch heute in den Privathäusern häufig verwendeten gewöhnlichen metallenen Tischlöffel und der Tischgläser des Hausraths bediente, verwendet man neuerdings mehr besondere, eigens für Krankenzwecke bestimmte technische Geräthschaften, bei deren Herstellung im Wesentlichen die Gesichtspunkte einer leichten Reinhaltung der betreffenden Gefässe, einer möglichst exacten Dosirung der Einzelmengen und einer für den Kranken möglichst bequemen Darreichung maassgebend sind. In Uebereinstimmung mit der immer weiter fortschreitenden Verbreitung dieser Arzneigeräthe steht die Thatsache, dass neuerdings die früher allein übliche, auf den Signaturen vermerkte Angabe: „Esslöffelweise, kinderlöffelweise, theelöffelweise zu nehmen“ allmälig verschwindet und durch die Angabe: „Zweistündlich 5 g zu nehmen„ etc. ersetzt wird. Dass, ebenso wie alle übrigen Objecte des Krankencomforts, auch die Arzneigeräthe, welche die Einverleibung der Arznei in den Körper des Kranken direct vermitteln, auf das Peinlichste sauber gehalten werden müssen, braucht hier nicht des Weiteren erörtert zu werden; die Geräthe sollen stets sofort nach dem Gebrauch sorgfältig abgewaschen und in ein Gefäss mit reinem Wasser eingestellt werden. Man hat hauptsächlich zwei verschiedene Arten von Darreichungsgeräthen für Arzneien zu unterscheiden: 1. Arzneilöffel und 2. Arzneigläser. Der Grund, weshalb man als Herstellungsmaterial für die Arzneigeräthe ausschliesslich Porzellan oder Glas wählt und Metall möglichst vermeidet, ist darin zu erblicken, dass das Metall von vielen Medicamenten, welche Säuren, Alkalien oder nach anderer Richtung differente Körper enthalten, angegriffen wird und die Geräthe dann schwer gereinigt werden können.

Fig. 82.

Arzneilöffel.

Fig. 83. Fig. 84. Fig. 85.

Arzneigläser.

Die Arzneilöffel (Fig. 82) haben eine ähnliche Gestalt wie die für

die Ernährung Kranker bestimmten Schnabellöffel, unterscheiden sich jedoch von diesen Geräthen dadurch, dass sie an ihrer Innenfläche mit Mensurstrichen versehen sind, welche ein genaues Abmessen der Einzeldosis beim Eingiessen der Arznei aus der Medicinflasche gestatten. Die Maassangabe ist gewöhnlich eine doppelte, gemäss den auf den Signaturen üblichen Verordnungsweisen, nach Grammen oder nach „Löffeln", wobei man sich im Allgemeinen dahin geeinigt hat, den Inhalt eines Esslöffels = 15 g, den eines Kinderlöffels = 10 g und den eines Theelöffels = 5 g anzunehmen. Die Einführung besonderer Arzneilöffel, welche ausschliesslich den Zwecken der Krankenpflege dienen, ist mit besonderer Freude zu begrüssen, weil es mit ihrer Hilfe gelingt sowohl ein einheitliches und genaues Abmessen der Arzneimengen durchzuführen, als auch Krankheitsübertragungen von Person zu Person, wie sie sich beim Gebrauch der gewöhnlichen Tischlöffel nicht selten ereignen, auszuschliessen. Allerdings ist es wünschenswerth, dass die Skalen der Arzneilöffel präcise gearbeitet werden, was häufig nicht der Fall ist. Die Arzneigläser sind kleine runde Gläschen mit und ohne Fuss, welche aus durchsichtigem Glase hergestellt sind und gleichfalls eine doppelte Skala, nach Grammen und „Löffeln", tragen (Fig. 83, 84, 85). Am besten wird die Skala auf der Innenfläche der Wandung angebracht, da sonst die oft sehr verschiedene Dicke der Glaswand einer einheitlich genauen Abmessung der Dosen hinderlich ist. Der obere Rand der Gläschen wird zweckmässigerweise schräg abgeschnitten, weil der Inhalt alsdann dem Kranken in seiner horizontalen Position leichter beigebracht werden kann, und es leichter möglich ist, bei abgeschrägtem Rande eine Benetzung der Zähne des Kranken durch sie angreifende Medicamente (Eisen!) zu vermeiden, indem der Glasrand über die Zahnreihe hinweg in den Mund eingeführt wird. Beachtenswerth ist auch, dass der obere Rand der Arzneigläschen stets glatt verschmolzen sei, um einer Verletzung der Kranken, die bei scharfem Rande leicht möglich, vorzubeugen. Die Arzneigläschen werden in letzter Zeit in grossem Maassstabe fabrikmässig aus gepresstem Glase hergestellt, und ihr Preis hat sich so ermässigt, dass einer jeden Medicinflasche ein Arzneigläschen vom Apotheker beigegeben werden kann, das nur wenige Pfennige kostet. Als besonders empfehlenswerth haben sich mir die von v. Poncet hergestellten Gläschen bewährt, welche allen zu stellenden Anforderungen in vortrefflicher Weise entsprechen (vgl. Deutsche Krankenpfl.-Zeitung. 1898. pag. 68). Auch die in letzter Zeit angegebenen Arzneigläser „mit hohlem Stiel", welche gleichzeitig zum Verabreichen von Wein, Cognac, Milch etc. dienen können, sind als recht brauchbar zu bezeichnen (vgl. Zeitschr. f. Krankenpfl. 1895. pag. 464).

In Erwägung der Thatsache, dass ein absolut pünktliches Eingeben der Arzneien gemäss der auf der Signatur vermerkten Anordnung für das Zustandekommen der beabsichtigten Einwirkung auf den kranken Organismus ein unbedingtes Erforderniss und vom Gesichtspunkte einer geordneten Krankenpflege unerlässlich ist, dürfte es zu empfehlen sein,

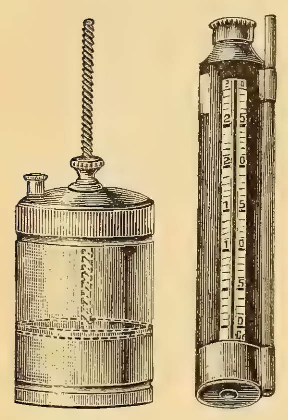
an den Arzneiflaschen einen Zettel zu befestigen, auf dem die 24 Tagesstunden verzeichnet sind und das erfolgte Eingeben der Arznei jedesmal durch ein Zeichen vermerkt wird; dieser Zettel würde täglich zu erneuern sein.

Um den Kranken das Einnehmen besonders schlecht schmeckender Arzneien zu erleichtern, hat man mehrfach Hilfsmittel zu ersinnen sich bemüht. Man ist sogar soweit gegangen, besondere Arzneiflaschen für schlecht schmeckende Arzneien zu construiren. Dieselben bestehen aus zwei Abtheilungen, welche durch eine Glaswand von einander getrennt sind; in der einen Abtheilung der Flasche befindet sich die Arznei, in der andern eine angenehm schmeckende Flüssigkeit (Syrup). Die Construction ist eine derartige, dass, wenn die Flasche dem Kranken, der direct aus ihr trinkt, zugeneigt wird, die wohlschmeckende Flüssigkeit vor der Medicin den Gaumen des Kranken erreicht und deren üblen Geschmack nicht bemerken lässt (vgl. Zeitschr. f. Krankenpfl. 1897. pag. 197). In den meisten Fällen ist wohl die Verwendung derartiger Flaschen entbehrlich, und man kommt über den schlechten Geschmack der Arznei ausreichend hinweg, indem man vom Apotheker eines der üblichen Corrigentien der Arznei selbst hinzufügen lässt, bezw. das wirksame Medicament, wenn angängig, lieber in Pillenform als in Gestalt einer flüssigen Arznei verordnet. Um den schlechten Nachgeschmack nach der Arzneidarreichung zu beseitigen, dient ein kleiner Schluck Wasser oder, wenn man eine Verdünnung des Medicamentes durchaus vermeiden will, so genügt ein dem Einnehmen folgendes Ausspülen des Mundes mit Zucker- oder Himbeerwasser. Da der schlechte Geschmack gewisser Medicamente nur dann bei der Arzneidarreichung störend wirkt, wenn sie in einer Form verabreicht werden, die eine ausgiebige Vertheilung der Substanz auf der Schleimhaut der Mundhöhle gestattet (flüssige Arzneien, Pulver), so hat man sich bestrebt, in denjenigen Fällen, wo eine Verordnung in Pillenform nicht vorzuziehen ist, die Flüssigkeit oder das Pulver in eine Schutzhülle einzubringen, welche eine directe Benetzung oder Berührung der Mundschleimhaut verhindert. Für flüssige Arzneien (Tropfen!) bedient man sich für diesen Zweck mit Vortheil der eiförmigen Gelatinekapseln, die sich im Magen auflösen, für Pulver der angefeuchteten und zusammengerollten Oblate, der tellerförmigen Capsulae amylaceae (Capsules Limousin) oder des japanischen Reispapiers, das ähnlich wie die Oblate nach dem von A. Hoffmann angegebenen Verfahren über dem Pulver zusammengefaltet, bezw. zusammengedreht wird (vgl. Therapeut. Monatsh. 1890. pag. 235). Das Einnehmen von Pillen, das bei einer Reihe von Kranken, obgleich hier der schlechte Geschmack vermieden wird, auf Schwierigkeiten stösst, weil sie nicht im Stande sind einen selbst kleinen Bissen unzerkaut zu schlucken, kann man dadurch erleichtern, dass man die Pille in einer Backpflaume verbirgt.

Aber nicht nur für die Arzneien, welche innerlich von den Kranken eingenommen werden, sind Art der Darreichung und Darreichungsgeräthe

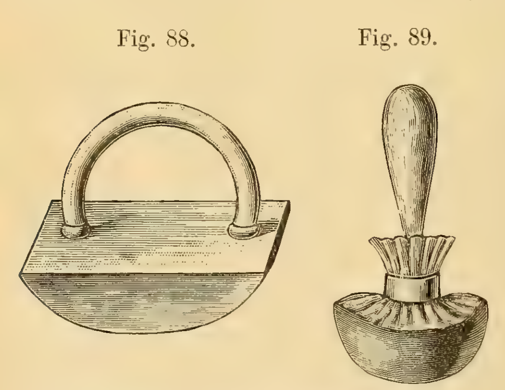
vervollkommnet worden, sondern auch für die äusserlich dem kranken Körper beizubringenden Medicamente. So sind in letzter Zeit sehr zweckmässige Salbenbehältnisse construirt worden, welche eine bessere Haltbarkeit und Sauberkeit der in ihnen befindlichen Salben gewährleisten als die früher allein verwendeten einfachen Salbenkruken, und ausserdem eine exactere Dosirung der einzelnen Salbenmengen gestatten. Es sind dies die Salbengefässe mit beweglichem Boden (Fig. 86 u. 87), bei welchen die Grundplatte je nach Belieben emporgeschraubt oder vermittelst eines beigegebenen Stäbchens emporgedrückt werden kann, so dass eine genau regulirbare Salbenmenge am oberen Ende des Gefässes austritt (vgl. Conrady, Ueber Salbenkruken mit emporschraubbarem Boden. Zeitschr. f. Krankenpfl. 1895. pag. 179 und R. Ledermann, Das Resorbin als Salbengrundlage. Monatsh. f. pract. Dermatologie. 1894. XIX. Bd.). Besonders zweckmässig sind die gleichzeitig mit einer wandständigen Graduirung versehenen Salbenbehälter aus Glas (Fig. 87). Die Application der Salben auf die Hautoberfläche der Kranken geschieht neuerdings ebenfalls unter Anwendung besonders für diesen Zweck construirter Hilfsapparate, der „Salbenreiber", welche den bekannten Tintenlöschern ähnlich sehen und entweder ganz aus Glas mit ebensolchem angeschmolzenen Handgriff oder aus einer mit Leder bespannten gestielten Holzpelotte bestehen (Fig. 88 u. 89).

Fig. 86. Fig. 87.



Salbengefässe mit beweglichem Boden.

Fig. 88. Fig. 89.

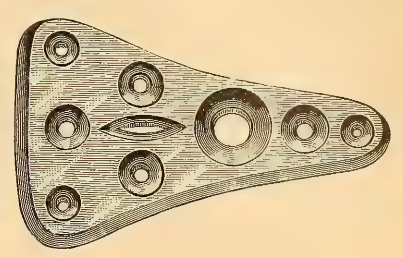


Vorrichtungen zur Application von Salben (Salbenreiber).

Um die Application der Salben an bestimmten circumscripten Körperstellen für den Kranken möglichst bequem und sauber zu gestalten, hat Schreiber eine eigene „Inunctionsbinde" angegeben, welche aus drei Schichten besteht, von denen die innerste die Salbe trägt, die mittlere aus undurchlässigem Stoff gewählt ist und die oberste aus weichem Stoff hergestellt und mit einer Anzahl von Befestigungsbändern versehen ist (Zeitschr. f. Krankenpfl. 1894. pag. 220). Ebenfalls von Schreiber ist ein practischer kleiner Hilfsapparat construirt worden, der es ermöglicht, Streupulver in sehr bequemer und genauer Weise auf eine bestimmte

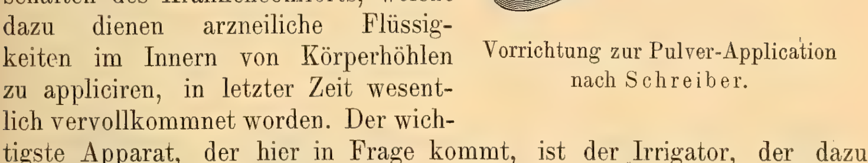
Hautstelle zu appliciren. Der „Tegumentum perforatum“ genannte Apparat stellt eine kleine dreieckige Platte aus Milchglas dar, welche von mehreren, verschieden grossen runden und länglichen Oeffnungen mit schräg-trichterförmigem Rande durchbohrt ist, so dass beim Aufstreuen des Pulvers (bezw. auch beim Pinseln und Aetzen) die zu treffende Stelle aufs Genaueste präcisirt werden kann (Zeitschr. f. Krankenpfl. 1895. pag. 420), während die Umgebung sorgfältig geschont wird (Fig. 90).

Fig. 90.



Vorrichtung zur Pulver-Application nach Schreiber.

Ferner sind auch die Geräthschaften des Krankencomforts, welche dazu dienen arzneiliche Flüssigkeiten im Innern von Körperhöhlen zu appliciren, in letzter Zeit wesentlich vervollkommnet worden. Der wichtigste Apparat, der hier in Frage kommt, ist der Irrigator, der dazu dient, die sog. Eingiessungen (Ausspülungen) vorzunehmen, und besonders bei Einführung von Flüssigkeit von aussen her in die grösseren Hohlräume des Körpers in Anwendung gezogen wird. Das Princip dieses Apparates beruht darauf, dass eine gewisse Menge der im Einzelfalle angemessenen Flüssigkeit aus einem auf erhöhtem Niveau befindlichen Gefässe durch ein Rohr hindurch vermittelst der Schwerkraft in die betreffende Körperhöhle eingeleitet wird. Demgemäss besteht eine zweckentsprechende Irrigatorvorrichtung stets aus folgenden vier Einzeltheilen: 1. dem Irrigatorbecher, 2. dem Verbindungsschlauch, 3. dem Irrigatorhahn, 4. dem unteren Ansatzstück (Fig. 91). Die Irrigatorbecher, cylindrische, kannenähnliche Gefässe von 1—2 Liter Inhalt, werden meist aus emaillirtem Metall oder Glas hergestellt. Etwas oberhalb des Bodens befindet sich ein kurzer, rohrförmiger Ansatz, auf den der Verbindungsschlauch aufgezogen wird. Da das wichtigste Erforderniss bei der Anwendung der Vorrichtung ihre absolute Sauberkeit und Desinficirbarkeit ist, so verdienen die Glasbecher die meiste Empfehlung, sowohl weil sie an und für



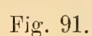
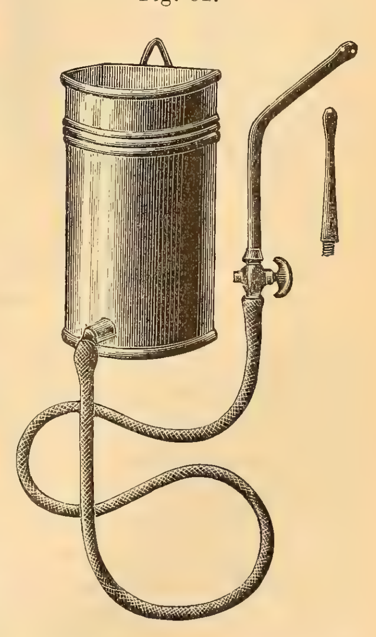


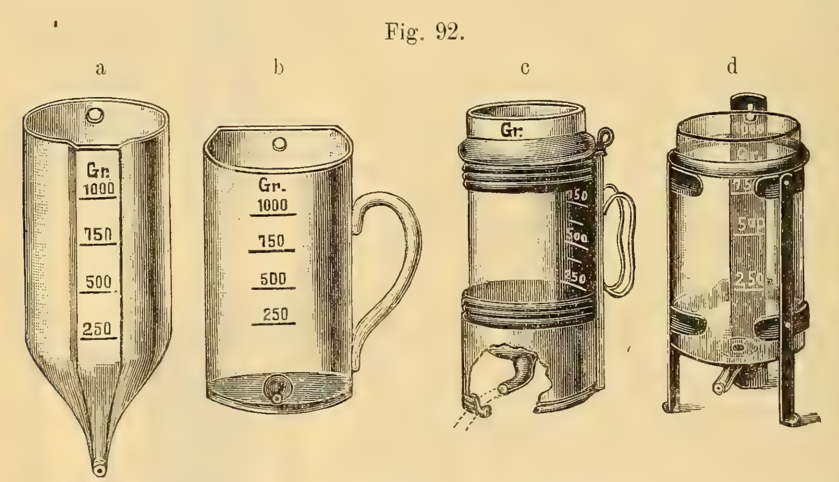
Fig. 91.



Typus einer Irrigator-Vorrichtung mit ihren 4 Theilen: Irrigatorbecher, Verbindungsschlauch, Hahn und unteren Ansatzstücken.

sich leichter zu reinigen sind als auch ihrer Durchsichtigkeit halber, welche Verunreinigungen des Inhalts wie auch das jedweilige Flüssigkeitsniveau genau beobachten lässt. Am zweckmässigsten haben sich die mit Henkel versehenen, einem Bierglase ähnlichen Becher (Fig. 92) gezeigt, die in sehr bequemer Weise gehandhabt werden können. Auch die neuerdings hergestellten Gummibecher, die die Form einer viereckigen Tasche haben und gleichzeitig als Wärmflaschen mit Heisswasserfüllung benutzt werden können, sind für die Privatpflege als zweckmässig zu bezeichnen, während sie für den Krankenhausgebrauch nicht ausreichen. Wünschenswerth ist, dass die Glasbecher mit einer der Wand eingeritzten genauen Graduirung versehen und aus einer Glasart hergestellt sind, welche beim Füllen des Gerätbes mit heissem Wasser nicht leicht springt. Um die Befestigung des Bechers bei der Anwendung zu ermög-

Fig. 92.




Verschiedene Formen von Irrigatorbechern aus Glas, ohne (a, b) und mit (c, d) Metallstativ.

lichen, hat man Becher construirt, die in ein Metallgehäuse eingestellt werden, das mit einem Aufhängehaken versehen ist. Gewöhnlich wird der Becher in einer Höhe von ca. 2 m über dem Fussboden des Krankenzimmers an die Wand gehängt; will man jedoch in der Lage sein, den Druck des Becherinhalts und des aus dem Irrigator hervorströmenden Flüssigkeitsstrahles beliebig und in genau dosirbarer Weise zu verändern, so bedient man sich mit Vortheil der mit Skala versehenen in der Höhe verstellbaren Irrigatorstützen aus Eisen, an deren oberem Ende der Becher befestigt wird, oder man verbindet den Becher mit einer über eine in ca. 2 m Höhe angebrachte Rolle laufenden Schnur und lässt ihn in einer schlittenartigen Vorrichtung, welche die Höhenskala trägt, gleiten. Der Verbindungsschlauch besteht aus Gummi und wird gewöhnlich in einer Länge von 1,5 m gewählt. Der in den Schlauch einzuschaltende Hahn sei zweckmässigerweise kein Quetschhahn, da die

durch seitliche Compression wirkenden Verschlüsse in kurzer Zeit den Schlauch beschädigen, sondern ein Drehhahn aus Hartgummi, besser noch aus Glas. Besonders practisch sind die von der Firma v. Poncet hergestellten „aseptischen" Hähne, welche leicht auseinandergenommen und gut gereinigt werden können (vgl. Deutsche Krankenpfl.-Zeitung. 1898. pag. 53). Das untere Ansatzstück des Irrigators hat eine verschiedene Form, welche sich nach der anatomischen Lage und Configuration derjenigen Körperhöhle richtet, in die es eingeführt werden soll. Gewöhnlich wird man sich weicher Ansatzstücke bedienen, aus rothem oder grauem Weichgummi, mit denen nicht leicht Verletzungen der Schleimhaut hervorgerufen werden können (weiche Magensonde, Nélaton-Katheter, weiches Darmrohr etc.), und die überdies vor der Einführung in den Magen, die Blase, den Darm mit schlüpfrig machenden Medien benetzt werden, um die Procedur für den Kranken schonender zu gestalten. Dem gleichen Zwecke wie die Irrigatoren, nämlich Flüssigkeiten in das Körperinnere einzuführen, dienen die Spritzen. Während diese Geräthe früher aus Zinn hergestellt wurden, verwendet man jetzt ausschliesslich Spritzen mit Glascylinder und Hartgummidichtung, die gründlich desinficirt werden können. Neuerdings sind die medicinischen Spritzen wesentlich vervollkommnet worden. Als besondere Fortschritte der Construction seien hier vermerkt Spritzen, ganz aus Glas hergestellt, welche sich in ihre verschiedenen Theile bequem zerlegen lassen, und vor einigen Jahren zuerst in Amerika hergestellt wurden. Sodann sind sehr zu empfehlen die von G. Meyer angegebenen Spritzen mit verstellbarem Asbestkolben, bei denen ein Undichtwerden des Geräthes ausgeschlossen ist (vgl. Therap. Monatsh. 1890. pag. 647). Der Spritzenstempel trägt meist eine exact gearbeitete Graduirung, welche insbesondere bei den kleinen, nur 1 ccm fassenden Subcutanspritzen aufs sorgfältigste eingetheilt sein muss, da diese Spritzen fast stets zur Aufnahme sehr stark wirkender und differenter Substanzen verwendet werden.

### ζ) Entleerungen der Kranken.

Die mehr oder minder grosse Hilflosigkeit kranker Personen, welche dauernd das Bett zu hüten gezwungen sind, hat dazu geführt durch Construction möglichst zweckmässiger und bequemer Hilfsapparate die Vornahme der Entleerung von Blase und Darm zu unterstützen und dem Kranken die Ausführung dieser immerhin mit einer gewissen Muskelanstrengung verbundenen Functionen zu erleichtern. Da Schwerkranke gezwungen sind, die Entleerung von Stuhl und Urin im Bette liegend auszuführen, so müssen die hierzu bestimmten Geräthschaften sich in unmittelbarer Nähe der Kranken befinden, um jederzeit leicht erreichbar zu sein. Um dem Kranken den dauernden Anblick des gefüllten Uringlases auf seinem Nachttischchen zu verbergen, thut man indessen gut, dasselbe nach Dieffenbach's Vorschlag mit einem Bogen Schreibpapier zu umgeben. Die gewöhnlich für Kranke in den Hospitälern verwendeten Uringefässe sind kreisrunde Gläser von etwa 2 Liter Inhalt,

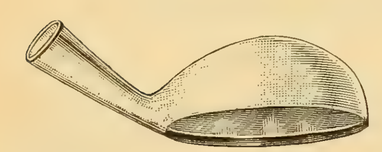
welche stets mit einem Metalldeckel verschlossen sein müssen. Es ist nothwendig für diese Behältnisse farblos durchsichtiges Glas zu wählen, um nicht durch die Färbung des Glases über die Farbe des Inhalts sich täuschen zu lassen (Fig. 93). Die Gefässe finden zweckmässig ihren Platz auf der unteren Glasplatte des Nachttischchens. Da eine Reihe von Kranken nicht vermag unter den Augen anderer Personen Urin zu lassen, weil sich bei ihnen psychische Hemmungen geltend machen, ist es wünschenswerth durch vom Kranken hervorziehbare Portièren die Möglichkeit eines Abschlusses von den Zimmergenossen während der Entleerung zu schaffen. Bei schwachen Kranken ist stets die Hilfe von Seiten des Pflegepersonals nothwendig, da das Ergreifen des Uringlases den Kranken schon zu sehr anstrengt. In manchen Krankenhäusern sind die Uringläser mit einem Handgriff versehen, der sie einem Bierseidel ähnlich macht, um ihr Ergreifen dem Kranken zu erleichtern.

Fig. 93.

Uringläser für Kranke.

Immerhin ist es bei ihrer Anwendung nothwendig, dass sich der Kranke ein wenig aufsetzt, weil sonst leicht die Bettstücke mit Urin verunreinigt werden. Um diese Unbequemlichkeit zu vermeiden, hat man besondere Urinbehältnisse für dauernd bettlägerige Kranke construirt, die sog. Urinenten, welche den Kranken durch das Pflegepersonal zwischen die Schenkel gelegt werden. Diese Gefässe sind gleichfalls aus Glas hergestellt; sie besitzen eine platte Grundfläche, welche ihr Aufstellen auf dem Laken erleichtert, eine geschweifte, glockenförmige, längliche Gestalt, einen schmäleren schräg nach oben gebogenen Halsansatz, wodurch sie in der That eine gewisse Aehnlichkeit mit einer Ente bekommen. Wenn sie sorgfältig zwischen die Schenkel des Kranken gelegt werden, sodass die Mündung des Halsansatzes der äusseren Harnröhrenöffnung genau entspricht, ist eine Benetzung des Bettes ausgeschlossen.

Fig. 94.

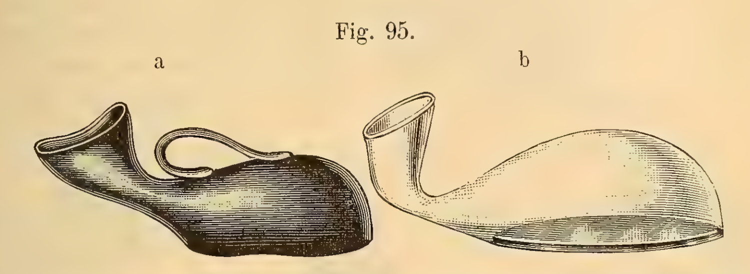


Uringefäss für männliche Schwerkranke aus Glas (Urinente).

Sie eignen sich besonders auch für den Gebrauch bei Kranken, deren Sensorium nicht ganz klar ist, und bei Kranken, welche an häufigem, unwillkürlichem Harnabgang leiden, da sie längere Zeit hindurch im Bette verbleiben können (Fig. 94). Allerdings müssen die Geräthe stets vor der Darreichung durch Hineingiessen von etwas warmem Wasser angewärmt werden, um dem Kranken die unangenehme Empfindung des kalten Glases zu ersparen. Man unterscheidet männliche und weibliche Urinenten, je nach der verschiedenen Form des Halsansatzes, welche durch die differente Gestalt der äusseren

Geschlechtsorgane bedingt ist. Bei den für männliche Kranke bestimmten Urinalen hat der Halsansatz eine röhrenförmige Gestalt, um den Penis aufzunehmen, bei den Gefässen für weibliche Kranke eine trichterförmige Beschaffenheit, sodass ein Umfassen der Schamspalte möglich ist (Fig. 95 u. 96). Ausser den Glasenten giebt es noch ähnlich gestaltete Urinale aus Porzellan, mit und ohne Handgriff; dieselben sind jedoch weniger

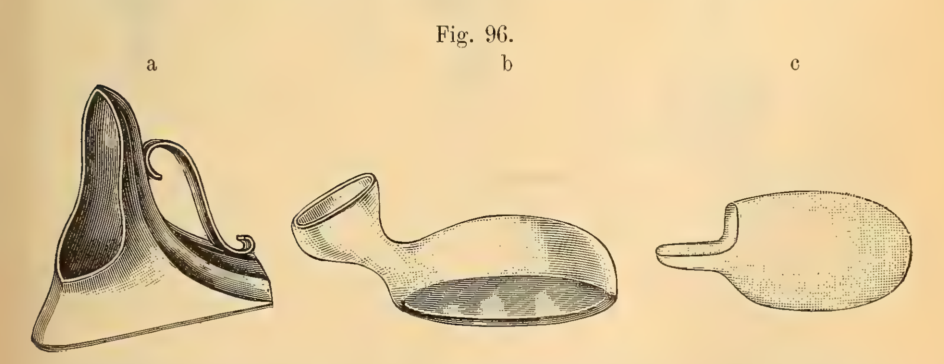
Fig. 95.




Uringefässe für weibliche Schwerkranke; a) aus Papiermaché, b) aus Glas.

empfehlenswerth, weil man ihren Inhalt nicht übersehen und sich nicht so gut von ihrer Sauberkeit überzeugen kann, wie bei den aus durchsichtigem Glase hergestellten Behältnissen. Wenig zweckmässig erscheinen die aus Papiermaché gearbeiteten Urinale; sie sind zwar billiger, aber viel weniger haltbar, schlecht zu reinigen und bewahren leicht einen unangenehmen Uringeruch. Auch die Glasenten bedürfen einer sehr peinlichen Reinhaltung, um so mehr, als sich, wenn dieselbe

Fig. 96.




Uringefässe verschiedener Form für weibliche Schwerkranke; a) aus Porzellan (mit Handgriff), b) aus Glas, c) aus Porzellan (nach Sänger).

unterlassen wird, leicht Salze aus dem Urin auf die Glaswand niederschlagen und einen schwer zu lösenden Belag bilden, der je nach seiner chemischen Beschaffenheit nur mühsam mit verdünnter Salzsäure oder Sodawasser entfernt werden kann. Für Kranke, welche fortwährendes Harnträufeln aufweisen oder sehr häufigen Urindrang zeigen, der sich so schnell geltend macht, dass ein Herbeirufen des Pflegepersonals jedes-

mal nicht erfolgen kann, eignen sich als Uringeräthe die aus schwarzem Patentgummi angefertigten Urinale mit Abführungsschauch (Fig. 97). Diese Behältnisse haben eine trichterförmige Gestalt und werden mittelst mehrerer Bänder und Riemen, die an der oberen Circumferenz des Gummitrichters angenäht sind, am Unterleibe des Kranken nach Art eines Suspensoriums befestigt (vgl. Aerztl. Polytechn. 1890. pag. 205). Von dem tiefsten Punkte des Trichters geht ein Gummischlauch aus, welcher den Urin in ein neben dem Krankenbette befindliches Glasgefäss ableitet. Derartige Geräthe können längere Zeit hindurch liegen bleiben, jedoch ist darauf zu achten, dass sie öfter einer gründlichen Reinigung

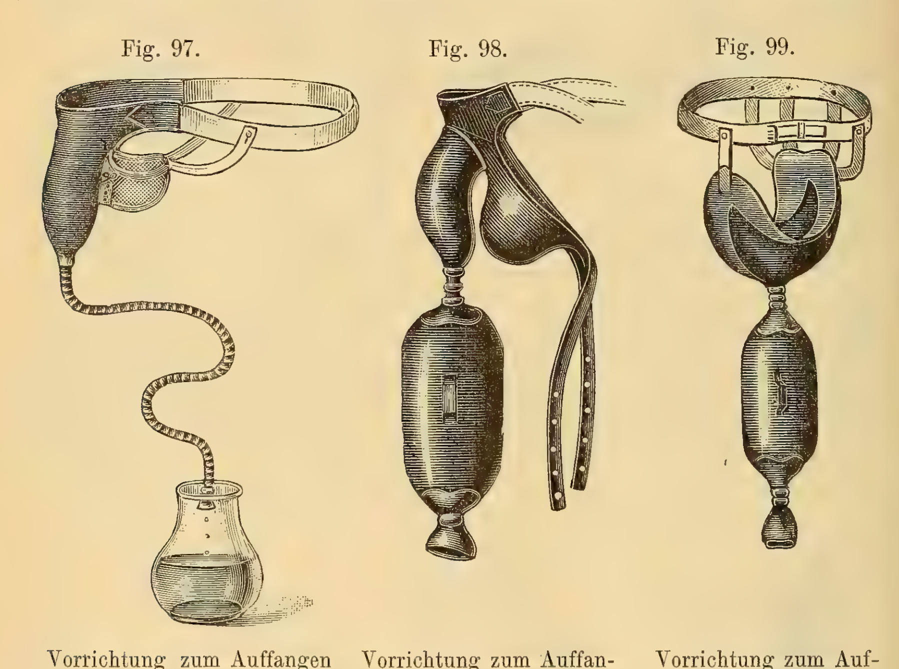


Fig. 97. Vorrichtung zum Auffangen des Harns bei bettlägerigen Kranken mit unwillkürlicher Urinentleerung.

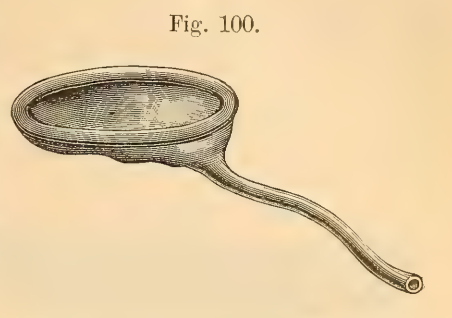
Fig. 98. Vorrichtung zum Auffangen des Urins bei umhergehenden männlichen Kranken mit unwillkürlicher Entleerung.

Fig. 99. Vorrichtung zum Auffangen des Urins bei umhergehenden weiblichen Kranken mit unwillkürl. Entleerung.

und Desinfection unterworfen werden. Aehnlich construirte Uringeräthe sind auch für umhergehende Kranke, die an Harnträufeln oder häufigem Urindrang leiden, in Gebrauch. Dieselben sind mit einem Harnreservoir in Form eines länglichen Beutels versehen, das mittelst einer Schraubvorrichtung oder eines Hahns nach Belieben geöffnet oder geschlossen werden kann und eine grössere Harnmenge aufzunehmen im Stande ist. Das Reservoir ist an dem tiefsten Punkte des Gummitrichters befestigt, besteht gleichfalls aus Gummi und trägt an seinem unteren Ende einen Gummischlauch, der gestattet den Inhalt des unter der Oberkleidung verborgenen Apparats unbemerkt zu entfernen (Fig. 98 u. 99). Um den

häufig beim Tragen dieser Geräthe selbst bei ihrer peinlichsten Reinhaltung nicht ganz zu verhindernden Uebelstand der Verbreitung eines urinösen Geruches nach Möglichkeit auszuschalten und zu vermindern und, um insbesondere bei bettlägerigen Frauen, die an Incontinentia urinae leiden, möglichste Bequemlichkeit und Schmerzlosigkeit zu erzielen, hat Hottinger einen kleinen Hilfsapparat, den er „Pessar-Urinar" nennt, construirt, der recht brauchbar zu sein scheint (Fig. 100). Das Geräth wird in die Scheide eingelegt, sodass es den Urin direkt aus der Harnröhrenmündung auffängt; es ist einem Occlusiv-Pessar ähnlich, besteht aus einem Gummiring, dessen verschliessende Membran trichterförmig in ein ableitendes Kautschukrohr ausmündet und schliesst so gut nach aussen ab, dass es selbst im Umhergehen in ausreichender Weise seinen Zweck erfüllt. Der Schlauch, der eine Länge von ca. 20 cm hat, führt in ein gewöhnliches Gummi-Reservoir, das an einem Oberschenkel befestigt wird (Aerztl. Polytechn. 1898. pag. 134). Um bei kleinen Kindern, die sich im Bette oftmals hin- und herwerfen und die Bettstücke häufig mit Urin verunreinigen, eine Vorrichtung zu besitzen, welche die theueren Trockenbetten für Säuglinge zweckmässig ersetzen kann, hat R. Hecker einen Ventilharnfänger für Säuglinge construirt, der aus einer kleinen Glasente besteht, in deren Hals ein Gummiventil angebracht ist, das den Rückfluss von Urin aus der Glasflasche verhindert, und an welche sich ein Gummischlauch ansetzt, der bei Knaben über den Penis gestülpt wird, bei Mädchen mittelst einer trichterförmigen Erweiterung die Scheidenöffnung umfasst (Fig. 101). Der Gummiansatz ist, um Druck und Reibung an der Haut der Kinder zu vermeiden, mit einem kleinen aufblasbaren Luftring versehen und wird durch eine einfache Leinwandbandage am Körper befestigt (Ibidem pag. 127). Durch Anwendung des praktischen Apparates gelingt es sowohl das häufig zu beobachtende Wundwerden der Kinder zu verhüten als auch die Besorgung derselben dem Pflegepersonal wesentlich zu erleichtern.

Fig. 100.



Pessar-Urinar nach Hottinger für Frauen mit unwillkürlicher Harnentleerung.

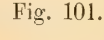
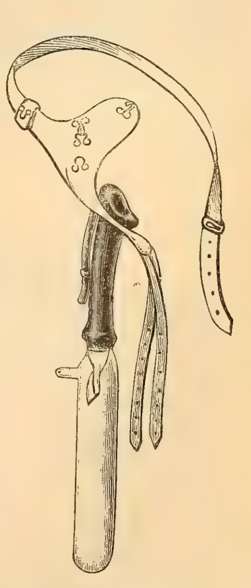


Fig. 101.

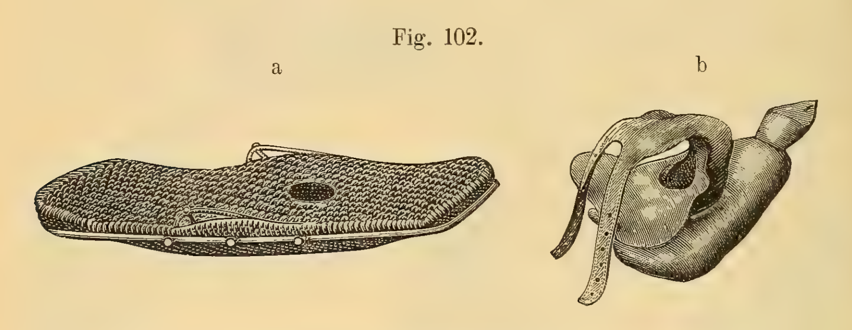


Ventilharnfänger für Säuglinge nach R. Hecker.

Erwähnt sei an dieser Stelle, dass verschiedentlich der Versuch

gemacht worden ist für ganz kleine Kinder oder auch grössere, die das Bett zu durchnässen pflegen, besondere Krankenbetten zu construiren, die sog. „Trockenbetten“, welche so eingerichtet sind, dass der Urin durch ein rundes Loch der Polstermatratze in ein darunter befindliches Reservoir abfliessen kann, so dass die Kinder stets trocken liegen. Ein besonders bewährtes Modell für ein derartiges Trockenbett ist von Kraut

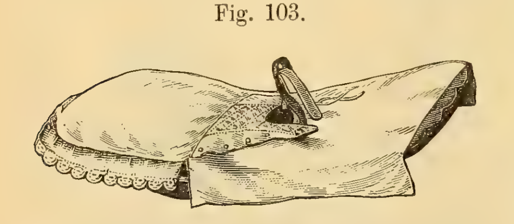
Fig. 102.




Trockenbett für Säuglinge nach Kraut; a) Mulde aus Korbgeflecht, b) Sammelbeutel aus Weichgummi.

angegeben worden. Dasselbe besteht aus einer aus Korbgeflecht hergestellten Mulde mit Deckel, in welche ein zur Aufnahme der Entleerungen bestimmter Gummibeutel eingelegt und darin durch Einhängen an einen hierzu bestimmten Messingknopf befestigt wird. Der Deckel des Korbes ist so geformt, dass der Kopf des Kindes bequem ruht und das Kind dauernd in der Mitte liegt. Auf den Deckel der Mulde kommt das Unterbettchen so zu liegen, dass der Ausschnitt an demselben mit der an dem Deckel der Mulde befindlichen Oeffnung correspondirt. Der Hals des Gummibeutels wird durch diese Oeffnung durchgezogen, das Unterbettchen, an dem sich vier Laschen befinden, an den entsprechenden Metallknöpfen des Korbdeckels festgehängt und die Gummihalter des Beutels an den seitlichen Knöpfen eingehängt. Nachdem das gleichfalls durchlochte Betttuch darüber gebreitet und das Gummiobertheil durchgezogen ist, wird ein Unterlageleibchen an dem letzteren festgeknöpft; damit ist das Trockenbett zur Aufnahme des Kindes bereit, das schliesslich mit einem Oberbettchen zugedeckt wird (vgl. Zeitschr. f. Krankenpfl. 1895. pag. 139). Für grössere Kinder und Erwachsene wird von v. Ziemssen ein von Stuttgardter sehr sinnreich construirtes Trockenbett neuerdings empfohlen, das sowohl in Hin-

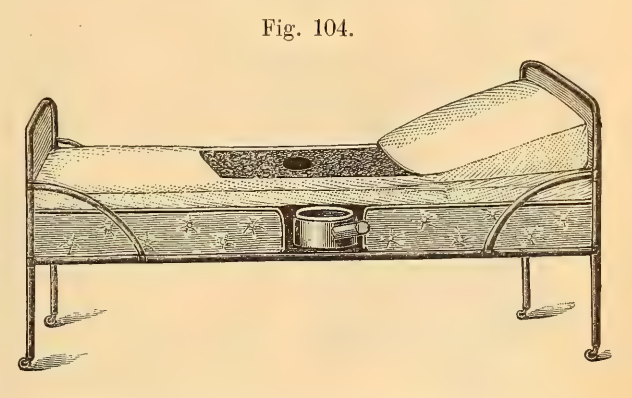
Fig. 103.



Trockenbett für Säuglinge nach Kraut (vollständiges Untertheil des Bettes mit Mulde, Beutel, Betttuch und Unterbettchen.

sicht auf Einfachheit der Herstellung als Sicherheit des Erfolges bei unreinlichen, bettnässenden Kranken mustergültig und allen sonstigen Vorrichtungen für den gleichen Zweck entschieden vorzuziehen ist. Die Vorrichtung kann in jeder beliebigen eisernen und auch hölzernen Bettstelle angebracht werden und besteht aus einem Gestell, welches quer über die Mitte des Bettes auf Strohsack oder Metallmatratze aufliegend angebracht wird. Dieses Gestell ist hergestellt aus einem ca. 21 cm breiten und je nach der Breite des benutzten Bettes 90—100 cm langen dünnen Brette, an dessen 4 Ecken eiserne, vertikale, oben in einen Ring endende Träger angeschraubt sind; letztere haben eine Höhe von 25—30 cm. Beiderseits von diesem Brett werden die zwei Theile einer Seegras-, Rosshaar- oder Wollmatratze in das Bett gelegt, welche dieselbe Höhe hat wie die Träger. In den zwischen den beiden Matratzentheilen freibleibenden Raum kommt ein Steckbecken von länglicher Form mit nach innen übergebogenem Rande und einer rohrförmigen mit Deckel geschlossenen Handhabe, aus Porzellan oder Metall. Um zu starken Luftdurchzug zu verhindern, werden die Zwischenräume zwischen Steckbecken und Matratze mit Polstern ausgefüllt, die an angenähten Gurten leicht herausgezogen werden können. Ueber die Matratze und den Mittelraum wird ein Stück Segeltuch ausgespannt, das auf Holzstangen aufgezogen wird, die an der Bettwand befestigt werden. Darauf kommt eine Gummiunterlage mit trichterförmigem Ausschnitt und auf diese das Bettlaken, das in der Mitte einen Einsatz von Rosshaargewebe besitzt (Fig. 104). Das Rosshaar ist weich, warm, elastisch und hat die Eigenschaft, keine Flüssigkeit aufzusaugen, sodass die Entleerung des Kranken durch die trichterförmige Einsenkung des Gummituches in das Becken abfliesst. Das Rosshaargespinnst ist mit einem Schwamm und warmem Wasser oder Lösung von Kali permanganic. leicht zu reinigen und kann nach dem Abtrocknen sogleich wieder benutzt werden; die Reinigung lässt sich bewerkstelligen, ohne den Kranken aus dem Bette zu entfernen. Von anderen Methoden unreinliche Kranke zu lagern und sowohl ihren Körper als die Bettstücke vor häufiger Benetzung mit den Entleerungen zu schützen ist schon weiter oben die Rede gewesen (vgl. pag. 75).

Fig. 104.



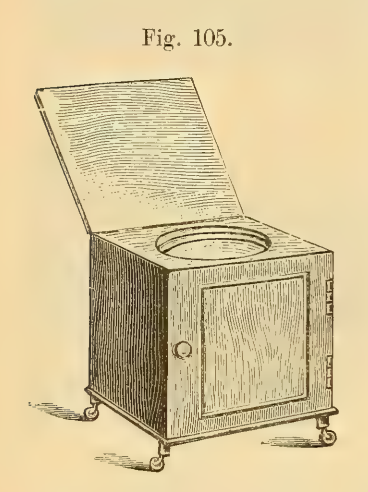
Trockenbett für Erwachsene nach Stuttgardter, mit centraler Rosshaargewebs-Einlage.

Die letztbeschriebenen Vorrichtungen können nun nicht nur in den

Fällen sich als brauchbare Hilfsmittel des Krankencomforts erweisen, wo es sich um Kranke handelt, welche Störungen der Urinentleerung zeigen, sondern auch bei Kranken, welche zu schwach sind, um ihre Darmentleerungen in anderer Weise zu bewerkstelligen als in ruhiger Rückenlage, und leiten uns damit zu den für diesen Zweck besonders construirten Geräthen über.

Diejenigen Kranken, welche tagsüber längere oder kürzere Zeit ausser Bett sein dürfen, benutzen in den Hospitälern die in der Nähe der einzelnen Krankensäle belegenen Closetanlagen, um ihre Defäcation zu vollziehen. Ausgeschlossen hiervon sind jedoch Kranke, welche Darmentleerungen produciren, deren Infectiosität das Aufsuchen des gemeinsamen Aborts unzweckmässig erscheinen lässt. Auch in der Privatpflege wird man ja nur den leichter Erkrankten die Benutzung des gemeinsamen Closetraumes gestatten, welche keinerlei Ansteckungsgefahr für die übrigen Familienmitglieder befürchten lassen. Fiebernde Kranke und sehr schwache, elende Personen sind selbstredend gezwungen, ihre Entleerungen im Bette liegend zu vollziehen. Für diejenigen Kranken, welche zwar aufstehen können und dürfen, aber von dem Besuche des Closetraumes zurückgehalten werden müssen, hat man besondere Defäcationsapparate construirt, die sog. Zimmerclosets, welche transportabel sind und in die Nähe des Krankenlagers gebracht werden können. Sie bestehen gewöhnlich aus einem hölzernen Kasten mit aufklappbarem Deckel, in dessen Innenraum sich ein Porzellaneimer, der zur Aufnahme der Entleerungen bestimmt ist, befindet. Die ganze Vorrichtung geht am besten auf Rollen, die mit Gummireifen belegt sind. Zweckmässigerweise wird, wie dies neuerdings bereits vielfach geschieht, statt des Holzkastens ein cylindrisch geformter Metallkasten als Mantel für die transportablen Closetapparate gewählt, weil dieselben dann leichter zu reinigen bezw. zu desinficiren sind. Die Kästen müssen mit einer Thür an der Vorderfläche versehen sein, um das innere Porzellangefäss leicht entfernen zu können. Die unter dem Deckel befindliche Sitzfläche sei stets aus Holz oder wenigstens mit einer vorderen Holzleiste versehen, weil das Metall für die Kranken zu kalt ist; andernfalls ist es stets nöthig, vor der Benutzung ein Stück Wollenzeug auf den vorderen Rand der Sitzplatte zu legen. Als Innenbehälter sind die Porzellaneimer den Zinkkästen weit vorzuziehen, da sie sich nicht nur viel besser reinigen lassen, sondern auch übele Gerüche weniger conserviren. Auch die Sitzplatte muss abnehmbar hergestellt und weder zu hoch noch zu niedrig sein, um dem Kranken unbequeme Körperhaltungen

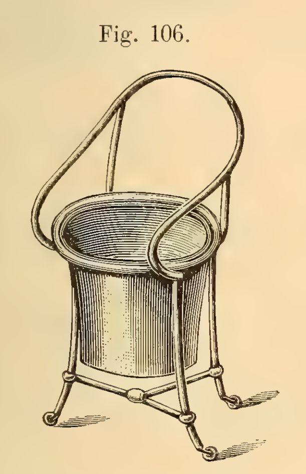
Fig. 105.



Zimmernachtstuhl für Kranke.

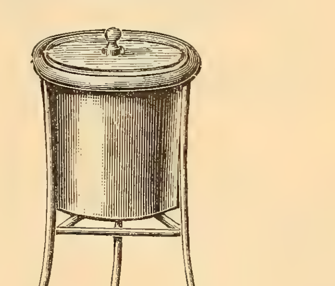
und die damit verbundene Muskelanstrengung zu ersparen. Da es eine der Grundregeln einer geordneten Krankenpflege ist die Darmentleerungen der Kranken niemals längere Zeit im Krankenzimmer selbst aufzubewahren, sondern dieselben, wenn sie für die Zwecke der ärztlichen Beobachtung reservirt werden müssen, sogleich an einen besonderen, abgelegenen Ort zu überbringen, natürlich in wohlbedecktem Zustande, so ist es rathsam, den Gebrauch der Zimmernachtstühle, insbesondere in den Hospitälern, möglichst einzuschränken und thunlichst durch den Gebrauch der Bett-Defäcationsapparate zu ersetzen; jedenfalls ist der Innenbehälter nach der Benutzung sogleich aus dem Krankensaal zu entfernen. Ganz wird sich die Verwendung der Zimmernachtstühle nicht vermeiden lassen, weil eine Anzahl von Kranken absolut nicht in der Lage sind auf einer Bettschüssel liegend zu defäciren und die compli-

Fig. 106.



Closetstuhl nach Merke.

Fig. 107.

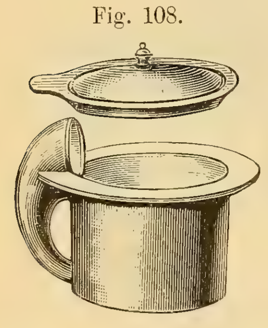


Transportabler Closetständer uach Merke (für Hospitäler bei Epidemien).

cirteren Bettvorrichtungen ziemlich kostspielig sind. Auch giebt es an katarrhalischen Zuständen des Darmes leidende Kranke, die, ohne zu fiebern und gerade ans Bett gefesselt zu sein, doch einen so häufig und so plötzlich sich einstellenden Stuhldrang zeigen, dass man hier ohne die transportabeln Closetapparate nicht auskommt. Bemerkt sei hier, dass bei ihrer Verwendung sehr sorgfältig darauf zu achten ist, dass die Kranken sich nicht während der Defäcation erkälten, was durch hinreichende Umhüllung mit wollenen Decken leicht vermieden werden kann. Auch bedürfen die Kranken bei längerdauerndem Aufrechtsitzen und starker Anstrengung der austreibenden Bauchpresse häufig sorgsamer manueller Unterstützung. Um den üblen Geruch, welchen derartige transportable Nachtstühle leicht annehmen, zu vermeiden und eine Verunreinigung der Krankenzimmerluft durch die Ausdünstungen der Entleerungen überhaupt möglichst einzuschränken, hat

man an den Apparaten die Einrichtung getroffen, dass der innere Porzellaneimer an seiner oberen Circumferenz eine rinnenförmige Vertiefung trägt, die mit Wasser oder einer Lösung von Kalium permanganic. gefüllt wird, und in welche ein um den Rand des darauf zu setzenden Verschlussdeckels herumlaufender Vorsprung genau hineinpasst, so dass ein absolut dichter Abschluss des Behälters erzielt wird. Andere zu demselben Zweck dienende Vorrichtungen sind so construirt, dass beim Aufstehen der Kranken aus einem seitlich unter dem Mantel des Geräthes verborgenen Reservoir durch Federdruck eine gewisse Menge trockenen, gepulverten Torfes ins Innere des Porzellangefässes und auf die Fäcalien geschleudert wird, wodurch jeder Geruch sofort beseitigt wird, oder es fliesst beim Verlassen des Apparates nach Oeffnung eines durch Hebelwirkung in Thätigkeit gesetzten Ventils automatisch eine Quantität desinficirender Flüssigkeit in den Porzellaneimer und bedeckt die Entleerungen des Kranken; diese Apparate sind mit einem ähnlichen Mechanismus versehen, wie die an die Wasserleitung angeschlossenen feststehenden Defäcationsvorrichtungen, von denen schon oben die Rede war. Allerdings sind diese Constructionen nur dann verwendbar, wenn die Entleerungen nicht mehr der ärztlichen Begutachtung unterbreitet werden sollen. Einen sehr practischen transportablen „Closetstuhl" hat neuerdings Merke angegeben. Derselbe besteht aus einem sesselartigen, aus Gasrohr gebildeten Gestell mit bequemer Seiten- und Rückenlehne; in die rundlich geformte Sitzfläche des Gestells wird ein Porzellaneimer direct eingehängt, dessen Rand etwas nach innen umgebogen ist, so dass der Kranke ausserordentlich bequem auf der Vorrichtung Platz findet. Das Geräth eignet sich ebenso gut für den Hospitalgebrauch als für die Verwendung im Privathause und ist den kastenförmigen Zimmer-Nachtstühlen entschieden vorzuziehen, da es sehr leicht reingehalten und desinficirt werden kann und infolge seiner einfachen Construction auch wohlfeil ist. Ebenfalls von Merke ist ein besonders für Hospitäler sehr geeigneter Closetständer construirt worden, der in erster Linie für die Verwendung bei Epidemien (Dysenterie) bestimmt ist, eine schemelartige Vorrichtung aus Eisenstäben, in welche ein Porzellantopf eingehängt wird, der nach dem Gebrauch schnell entfernt und durch einen zweiten Einsatztopf ersetzt werden kann. Erwähnt sei an dieser Stelle auch das von L. Fürst construirte sehr zweckmässige Nachtgeschirr für Kinder, welches die häufig beobachtete Verunreinigung des Fussbodens oder des Bettes mit Urin, wie sie bei den gewöhnlichen Nachtgeschirren leicht eintritt, dadurch vermeidet, dass der Handgriff des Geräthes hohl gestaltet ist und sich nach oben trichterförmig erweitert, dabei zugleich den oberen Rand des Geschirrs überragt, so dass der Harnstrahl direct

Fig. 108.

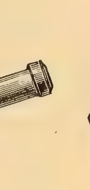


Nachtgeschirr für Kinder nach L. Fürst.

in der oberen Oeffnung des Handgriffs aufgefangen und durch den röhrenförmigen Hohlraum desselben in das Gefäss geleitet wird (vgl. Zeitschr. f. Krankenpfl. 1896. S. 215).

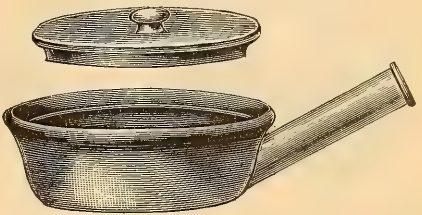
Wir gelangen nunmehr zur Betrachtung derjenigen technischen Hilfsmittel für die Stuhlentleerung, welche eigens für die Verwendung bei dauernd bettlägerigen Kranken construirt sind, in erster Linie also bei Fiebernden und bei sehr schwachen Individuen angezeigt sind, denen

Fig. 109.



Einfaches Steckbecken aus Zinn, für Unbemittelte in der Privatpflege.

Fig. 110.



Bettschüssel mit hohlem Handgriff aus Porzellan, für den Hospitalgebrauch.

active Bewegungen möglichst erspart werden müssen. Die Geräthe müssen so eingerichtet sein, dass sie die Vornahme der Darmentleerung in der Rückenlage gestatten und doch trotz dieser ungewöhnlichen Verhältnisse dem Kranken hinreichende Bequemlichkeit darbieten. Man unterscheidet im Wesentlichen zwei Arten von Geräthen, die hier in Frage kommen: 1. die sog. Steckbecken (Bettschüsseln), 2. die sog. Unterstecher. Die Steckbecken sind schon seit längerer Zeit in Gebrauch

Fig. 111.



Aeltere Bettschüssel aus emaillirtem Metall mit henkelförmigem Handgriff.

Fig. 112.

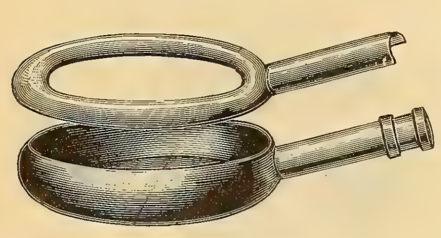


Steckbecken mit gepolstertem, mit Leder überzogenem Sitzrande.

und haben ihre ursprüngliche Form ziemlich unverändert bis heute beibehalten; nur das Herstellungsmaterial ist ein anderes geworden. Während man in früheren Zeiten diese Geräthe häufig aus Holz, Thon oder auch Kupfer anfertigte, bedient man sich gegenwärtig fast ausschliesslich der Porzellanschüsseln wegen ihrer bequemen Reinhaltung, die natürlich gerade bei derartigen Apparaten eine erhebliche Bedeutung hat. Neben den Porzellanschüsseln sind auch billigere Geräthe aus Steingut im Gebrauch, die annähernd als gleichwertig bezeichnet werden können, bis

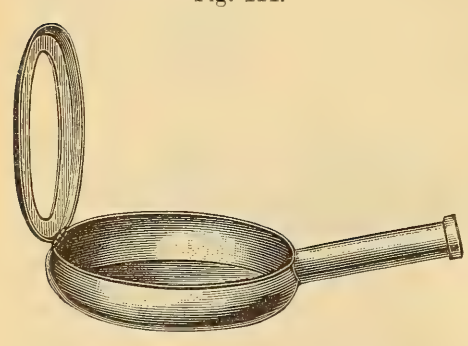
auf die Gefahr eines leichteren Zerspringens bei Benetzung mit heissen Flüssigkeiten; die noch weniger kostspieligen Zinkschüsseln, welche bei geringen Mitteln in der Privatpflege nicht ganz entbehrt werden können, sind schwer zu reinigen und müssen jedenfalls sogleich nach der Benutzung stets blank geputzt werden, während bei den Porzellangeräthen ein gründliches Abwaschen mit warmem Seifenwasser genügt, dem bei infectiösem Inhalt Nachspülungen mit antiseptischen Flüssigkeiten folgen. Das geeignetste Material für diese Geräthe wäre ja nach theoretischen Erwägungen durchsichtiges Glas, bei dessen Verwendung man sich sowohl von der absoluten Sauberkeit des Geräthes als auch von der Beschaffenheit des Inhaltes am genauesten unterrichten könnte; es ist jedoch bisher nicht gelungen, Schüsseln aus genügend starkem Glase herzustellen. Am zweckmässigsten sind die nicht zu flachen, runden Bettschüsseln mit hohlem angeschmolzenen Porzellanhandgriff, welche von der Seite her unter das Gesäss des Kranken gebracht werden; ihr oberer Rand sei etwas nach innen gebogen, sodass der Kranke möglichst wenig den Druck des Geräthes unangenehm empfindet. Auch diese Vorrichtungen bedürfen stets der dem Gebrauche vorhergehenden Anwärmung durch Ausspülen mit warmem Wasser. Bei manchen Steckbecken findet man statt des hohlen Handgriffes einen oder auch zwei Henkel an der Schüssel angebracht, doch sind diese älteren Constructionen weniger empfehlenswerth, weil man bei ihnen den Inhalt weniger gut entleeren und das Geräth weniger sicher im Bette dirigiren kann. Neuerdings hat man verschiedentlich versucht, Verbesserungen an den Bettschüsseln zu ersinnen, einerseits, um dem Kranken das immerhin etwas unbequeme Defäciren in Rückenlage zu erleichtern, andererseits, um die Reinhaltung der Geräthe dem Pflegepersonal bequemer zu machen. Um dem ersteren Zwecke zu entsprechen, hat man die Schüsseln, die, selbst wenn sie, was ja stets geschehen muss, vorher angewärmt sind, häufig dem Kranken durch die Kälte und Härte des Porzellans unangenehm werden, an ihrer oberen Apertur mit einem flachen

Fig. 113.



Bettschüssel mit abnehmbarem Sitzrande, zur Erleichterung der Desinfection.

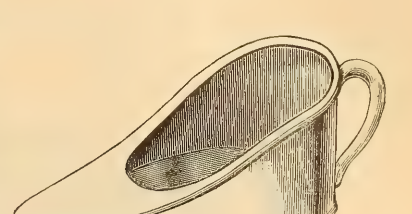
Fig. 114.



Bettschüssel mit aufklappbarem Sitzrande und Charniervorrichtung.

Polsterring belegt, der mit verschiedenartigen Stoffen bezogen wird. Dabei ist zu vermeiden, das Randpolster zu hoch zu wählen, da die Unbequemlichkeit für den Kranken bei zu hohem Gesammtniveau des Geräthes sich vergrössert. Ferner ist als Polsterbezug am empfehlenswerthesten Gummistoff, nächstdem Ledertuch, während vor einem Belage mit Wollenstoff entschieden gewarnt werden muss, da sich hier eine genügende Reinigung (Desinfection) nur sehr schwer erreichen lässt. Derartige Steckbecken sind nur in der Privatkrankenpflege verwendbar, wo sie nur einem Kranken zur Benutzung dienen. Dem zweit genannten Zwecke dienen die Becken, deren obere Hälfte vermittelst einer Charniervorrichtung (Fig. 114) emporgeklappt werden kann, eine Verbesserung, die in der That beachtenswerth ist.

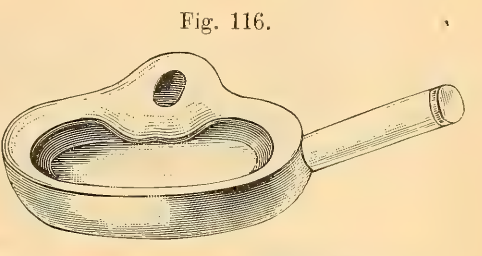
Fig. 115.



Keilförmiger Unterschieber für bettlägerige Kranke aus Porzellan.

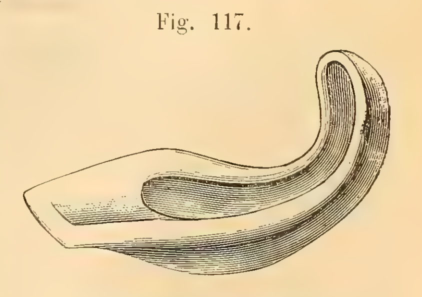
Die sog. Unterstecher, am besten gleichfalls aus Porzellan, haben eine längliche keilförmige Gestalt und sind an ihrer höheren Seite mit einem Handgriff versehen, während die flache Seite zugespitzt ist. Sie werden dem Kranken zwischen den Oberschenkeln hindurch unter den Damm und das Gesäss geschoben (Unterschieber). Viele Kranke erklären, dass sie diese Geräthe den Steckbecken der bequemeren Lage wegen vorziehen; allerdings ist ihre Reinigung durch den im Innern entstehenden spitzwinkligen Hohlraum erschwert (Fig. 115). Von Vortheil ist der Umstand, dass die Unterstecher gleichzeitig eine bequeme Urinentleerung ermöglichen, die beim Gebrauch der runden Bettschüsseln, insbesondere bei Männern, oft nur dadurch zweckmässig ausgeführt werden kann, dass man gleichzeitig eine Glasente vorlegt. Um diesen Uebelstand zu vermeiden, hat Oppenheim neuerdings ein Steckbecken construirt, das an dem dem Handgriff gegenüberliegenden Theile seines Randes einen besonderen Urinfänger, sowie eine Ausbuchtung zur Aufnahme des Scrotum trägt (Fig. 116). Ein sehr practisches und bequemes Geräth ist das in Fig. 117 abgebildete,

Fig. 116.



Steckbecken für Männer nach Oppenheim.

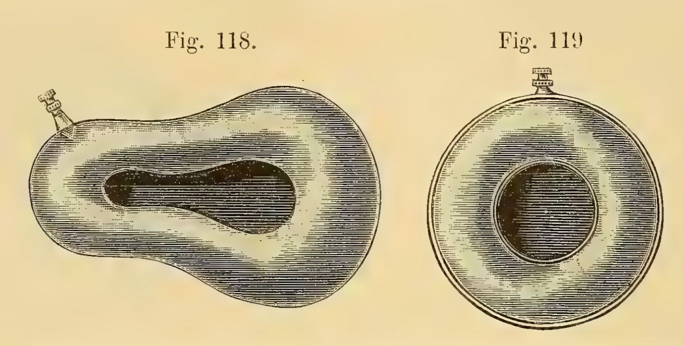
Fig. 117.



Unterschieber mit Vorrichtung zum Auffangen des Urins.

ein Unterstecher, der an seiner breiteren Seite nach oben umgebogen ist, sodass die Höhlung des Handgriffes gleichzeitig als Harnfänger verwerthet wird (vgl. ärztl. Polytechn. 1891. pag. 259). Zur weiteren Erhöhung der Bequemlichkeit werden auch Unterstecher dieser Art hergestellt, deren Rand mit einem ringförmigen Luftkissen aus Gummi, das

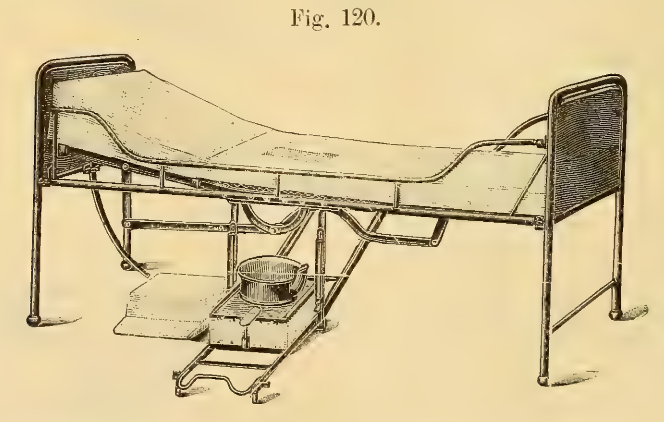
Fig. 118. Fig. 119



Steckbecken verschiedener Form aus Gummi mit aufblasbarem Sitzrande.

beliebig aufgeblasen werden kann, belegt ist. Ebenso können die neuerdings hergestellten, ganz aus Gummi bestehenden Steckbecken als zweckentsprechend bezeichnet werden, deren Rand gleichfalls elastisch aufgeblasen werden kann (Fig. 118 und 119). Trotz aller dieser Verbesserungen jedoch trifft man hin und wieder Kranke, denen es absolut unmöglich ist, auf den

Fig. 120.

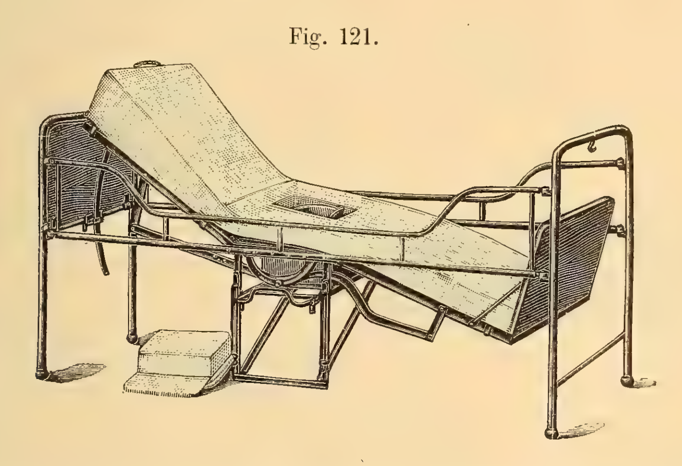


Mechanisches Krankenbett für Schwerkranke mit Leibstuhlvorrichtung. Der Entleerungsbehälter gleitet auf einem Schlitten.

erwähnten Geräthen rückwärts liegend ihren Darm zu entleeren. Um in diesen Fällen zum Ziele zu kommen, empfiehlt es sich, wo die Mittel dies gestatten, eine mechanische Bettstelle mit im Bette selbst angebrachter Stuhlvorrichtung zu verwenden. Diese Krankenbetten sind so eingerichtet, dass sowohl der metallene Bettboden, als die Polstermatratze aus drei Theilen besteht, von denen der am Kopfende befindliche Theil sich nach

oben bewegen und in beliebiger Höhe feststellen lässt, während der mittlere Theil in wagerechter Lage verbleibt und der dem Fussende benachbarte Theil der Matratze sich gleichzeitig nach unten senkt, sodass der im Bette liegende Kranke ohne jede Muskelanstrengung durch den geschilderten Mechanismus aus der horizontalen Rückenlage in eine mehr sitzende Stellung überführt wird (Fig. 120 und 121). In der letzten Zeit sind eine ganze Reihe verschiedener Systeme für diese mechanischen Betten angegeben worden, die sich aber nur in unwesentlichen Punkten von einander unterscheiden und deren Grundprincip stets das gleiche ist, möge die Uebertragung der Bewegung vom Kopf- auf das Fussende nun durch eine Hebelvorrichtung, eine Kette oder durch Kurbeldrehung bewerkstelligt werden und die Feststellung in der gewünschten Lage durch Flügelschrauben oder Zahnstangen erfolgen.

Fig. 121.



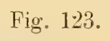
Mechanisches Krankenbett für Schwerkranke mit Leibstuhlvorrichtung. Der Behälter befindet sich unter dem Ausschnitt der Matratze; der Mechanismus in Thätigkeit.

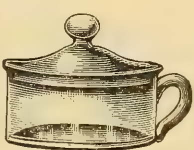
Anzuschliessen würden hier nunmehr noch einige Bemerkungen sein über diejenigen technischen Hilfsmittel des Krankencomforts, welche eigens zu dem Zwecke hergestellt worden sind, um eine rationelle Fürsorge für diejenigen Entleerungen der Kranken zu ermöglichen, welche den Bronchien und der Lunge entstammen. Die Construction besonderer Geräthschaften zur Aufnahme des Auswurfs ist allerdings erst in zweiter Linie durch die Rücksicht auf die Bequemlichkeit der Kranken veranlasst worden, in erster Linie vielmehr durch das Bedürfniss der erheblichen Gefahr entgegenzutreten, welche durch die häufige Ansteckungsfähigkeit des Lungenauswurfes bedingt ist. Die ausserordentliche Vorsicht, welche hinsichtlich der Abschliessung des entleerten Sputums gegen die Aussenwelt und seiner Unschädlichmachung, insbesondere in Krankenanstalten, nöthig erscheint, hat dazu geführt, die Speigeräthschaften nach mannigfacher Richtung hin zu vervollkommnen und sie den Erfordernissen sowohl der Hygiene als der Krankenpflege in gleichem

Maasse anzupassen. Die fundamentale Forderung, welche wir bei allen Geräthschaften des Krankencomforts stets wiederfinden, ist auch hier in der peinlichsten und sorgfältigsten Reinhaltung aller in Frage kommenden Behältnisse zu erblicken. Sämmtliche derartigen Geräthe bedürfen einer häufigen und gründlichen Reinigung, bei welcher stets ausgiebiges Auswaschen mit warmem Wasser und Kaliseife mit nachfolgender mehrmaliger Ausspülung durch desinficirende Flüssigkeiten (Sol. Kali permang., 3 pCt. Carbol-Lösung) zu verbinden ist. Die besonderen Verhältnisse des Hospitallebens bedingen auch hier eigenartige Einrichtungen. Zunächst unterscheiden sich die Geräthschaften, welche hierher gehören, danach, ob es sich um bettlägerige oder um umhergehende Kranke handelt. Kranke, welche dauernd das Bett hüten müssen, und deren Körperkräfte in besonderem Maasse Schonung erheischen, bedürfen solcher Speigeräthe, welche bequem und leicht ergriffen werden können, ohne dass der Kranke sich aufzusetzen braucht. Es ist daher nöthig, dass die Speischalen in unmittelbarer Nähe des Kopfendes des Krankenbettes Aufstellung finden.

Fig. 122.





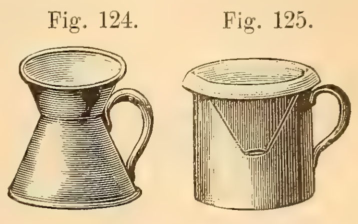


Speigläser für bettlägerige Kranke.

Gewöhnlich werden dieselben auf der oberen Glasplatte des Nachttischchens placirt. Die in den meisten Krankenhäusern zur Verwendung gelangenden Speigeräthe für bettlägerige Kranke sind die sogenannten Speigläser; sie besitzen eine ähnliche Form, wie die in Fig. 93 abgebildeten Urin-Behältnisse, aus farblos-durchsichtigem Glase, am Boden ausgeschweift und am Halse der leichteren Erfassbarkeit halber verschmälert. Nur sind sie entsprechend kleiner. Diese Geräthe haben den Vorzug der Billigkeit; sie sind leicht auf ihre Sauberkeit zu controliren und hinsichtlich der Beschaffenheit ihres Inhaltes zu beobachten. Sie sowohl als auch alle sonstigen Speigeräthe müssen, während sie unbenutzt dastehen, stets sorgfältig verschlossen gehalten werden. Zweckmässige Verschlüsse für diese Gläser werden durch kreisrunde Glasplatten, die an ihrer Unterfläche mit etwas Vaselin luftdicht abschliessend gemacht werden, oder runde Metallplatten, die mit einem Knopf versehen sind, dargestellt. Niemals dürfen die Speigläser unbedeckt stehen, da die Verbreitung austrocknender Sputumtheilchen in der Krankenzimmerluft unbedingt vermieden werden muss. Verschlussdeckel von Pappe, Holz oder Papiermaché sind zu verwerfen. Um einen noch sichereren Abschluss des Inhaltes zu ermöglichen, hat Merke vorgeschlagen, die Gläser in besondere kleine verschliessbare Metallkästchen einzustellen, welche an die Nachttischplatte angeschraubt werden. Durch dieses Verfahren wird gleichzeitig erreicht, was schon Dieffenbach durch Umgeben des Glases mit einem Bogen Schreibpapier erzielen wollte, dass nämlich dem Kranken der dauernde Anblick des gefüllten Speiglases entzogen wird, eine Rücksicht, deren Beobachtung aus psychischen

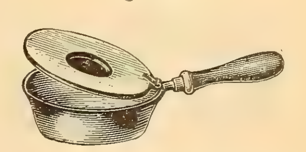
Gründen geboten erscheint. Im Allgemeinen ist es rathsam, die Gläser nicht zu gross zu wählen, etwa in der Grösse eines Bierglases, um ihre Handlichkeit zu erhöhen; zweckmässig werden sie auch mit einem Henkel versehen. Der untere Theil des Glases wird im Allgemeinen mit Wasser gefüllt, um einer Austrocknung des Auswurfes entgegenzuwirken; häufig jedoch wird aus diagnostischen Gründen Werth darauf gelegt werden müssen, den Auswurf unvermischt zur Beobachtung zu erhalten. Die Benutzung von Taschentüchern seitens Kranker zum Entleeren des Auswurfs ist gänzlich unstatthaft, da sich beim Entfalten der Tücher leicht eingetrocknete Sputumtheile in der Luft verbreiten. Ebensowenig ist es zu billigen, dass schwache Kranke veranlasst werden, sich jedes Mal aufzurichten und in einen zwischen 2 Betten am Boden stehenden Speinapf zu spucken; denn abgesehen von der hiermit verbundenen Anstrengung werden hierbei häufig Theile des Auswurfs auf den Fussboden entleert, wo sie leicht eintrocknen und dann verstäubt werden. Neuerdings werden auch vielfach für bettlägerige Kranke Speigläser aus blauem Glase in den Handel gebracht, um dem Kranken den Anblick des ausgehusteten Sputums zu ersparen; dieselben sind jedoch nicht sehr zweckmässig, weil sie auch dem Arzte die Beobachtung der Eigenschaften des Auswurfes erschweren; sie eignen sich mehr für die Privatpflege als für den Hospitalgebrauch. Empfehlenswerth sind jedoch als Speigeräthe für Bettkranke kleine kreisrunde Porzellannäpfe (Fig. 127) von cylindrischer Gestalt, mit Henkel versehen, welche einen aufklappbaren Metalldeckel besitzen, unter dem sich noch ein mit trichterförmig zulaufender Mittelöffnung versehener, herausnehmbarer Porzellanverschluss befindet; diese Geräthe sind handlich, leicht zu reinigen und tragen auch den ästhetischen Anforderungen des Krankencomforts Rechnung. Jedenfalls sind sie den Speigeräthen vorzuziehen, welche überhaupt eine trichterförmige Gestalt besitzen und an ihrem oberen Theile häufig so schmal sind, dass eine Verunreinigung des Randes oder der Aussenfläche sich nur schwer vermeiden lässt (Fig. 124 und 125). Erwähnt sei hier auch der Vorschlag v. Schrötter's, jedem Kranken, der Sputum entleert, täglich eine mit Deckel versehene Speischale aus gepresstem Papier hinzusetzen, die jedes Mal

Fig. 124. Fig. 125.



Speigläser für bettlägerige Kranke aus blauem Glase mit Speitrichter.

Fig. 126.



Speischale für bettlägerige Kranke aus emaillirtem Metall.

Fig. 127.

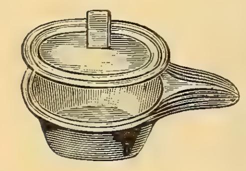


Speischale aus Porzellan mit Metalldeckel und Einsatz-Trichter.

verbrannt wird und nur den Werth von einigen Pfennigen repräsentirt (vgl. Zeitschr. f. Krankenpfl. 1897. pag. 275).

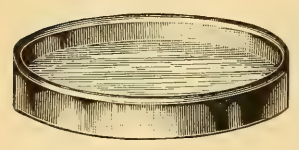
Die Speigeräthe für umhergehende Kranke, wie solche in allen Krankenhäusern auf den Corridoren, den Treppenabsätzen und in den Tagesräumen in nicht zu geringer Anzahl vorhanden sein müssen, finden am meisten in der Gestalt von am Boden stehenden runden Speinäpfen aus Glas oder Porzellan Anwendung. Gewöhnlich werden einfache, flache Glasschalen benutzt, welche nicht einen zu kleinen Durchmesser haben sollen, damit die Kranken nicht leicht vorbei und auf den Fussboden spucken. Ein absichtliches Ausspeien auf den Fussboden sollte überall bei Strafe verboten werden, und müssen dementsprechende Bestimmungen bezw. Verbote in deutlicher Schrift in den Krankensälen und auf den Fluren reichlich angebracht sein. Die Speischalen werden zur Hälfte mit Wasser oder noch besser mit desinficirenden Lösungen gefüllt, die häufig erneuert werden müssen. Um auch diese Speinäpfe dauernd bedeckt halten zu können, sind neuerdings derartige Geräthe construirt worden, welche mit einem gut schliessenden Metalldeckel versehen sind, der sich jedes Mal bei der Benutzung durch Herabdrücken eines Pedals vermittelst Hebelvorrichtung öffnet. Die früher vielfach für die Speinäpfe verwendeten Füllungen von Sand, Kaffeesatz, Holzwolle, Sägespähnen etc. sind zu verwerfen, da sie die Austrocknung und Zerstäubung des Auswurfes eher befördern als verhindern. Um der Möglichkeit des Vorbeispuckens entgegenzutreten und auch das Verspritzen von Sputumtröpfchen möglichst zu reduciren, hat man neuerdings mit Recht die Einrichtung getroffen, die Speischalen nicht mehr auf dem Fussboden zu placiren, sondern sie an einem an der Wand befindlichen wagerechten Metallträger ca. 1,25 m hoch über dem Erdboden zu befestigen. Besonders practisch sind diejenigen Speibehältnisse, bei welchen unmittelbar nach dem Gebrauch eine automatische Wasserspülung in Thätigkeit tritt, welche das entleerte Sputum alsbald in ein mit desinficirender Flüssigkeit gefülltes Reservoir abschwemmt;

Fig. 128.



Speischale nach v. Schrötter aus gepresstem Carton.

Fig. 129.



Einfacher Spucknapf aus Glas für die Corridore der Hospitäler.

Fig. 130.

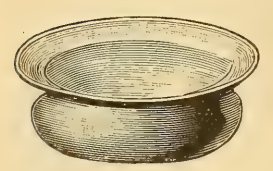
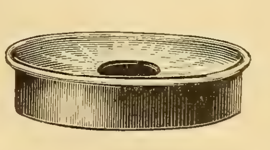


Fig. 131.



Verschiedene Formen von Speinäpfen für umhergehende Kranke.

ebenso sind auch die Speischalen mit schräg verlaufendem Boden und Kippvorrichtung empfehlenswerth.

Für solche Kranke, welche ins Freie gehen dürfen, hat man besondere kleine Spuckflaschen construirt, welche in der Tasche getragen werden können. Derartige Taschenbehältnisse sind zuerst von Dettweiler angegeben worden. Sie bestehen aus blauem Glase, haben die Form jener kleinen Reiseflaschen für Cognac oder Kaffee, welche man auf Fusstouren mitzunehmen pflegt, und tragen die eingepresste Aufschrift „Taschenfläschchen für Hustende". Sie sind mit einem luft- und wasserdicht schliessendem Deckel versehen, der beim Gebrauch durch eine Feder aufspringt. Im Innern befindet sich ein sich kegelförmig verengender Glasansatz, welcher verhindert, dass der Kranke beim Hineinspucken stets die ganze Menge des angesammelten Auswurfs erblickt. Der Boden des Fläschchens ist abschraubbar, um die Reinigung und Durchspülung des kleinen Geräthes zu erleichtern. Leider ist der Preis dieser bewährten Fläschchen ziemlich hoch, so dass sie in Krankenanstalten, welche für minderbemittelte Kranke bestimmt sind, nicht zu ausgiebiger Verwendung gelangen können. In diesen Fällen dürften die einfachen und wohlfeilen blauen Glasfläschchen vorzuziehen sein, welche zuerst in der Volksheilstätte St. Andreasberg benutzt wurden. Dieselben sind neuerdings von Liebe in sehr zweckmässiger Weise verbessert worden (vgl. Deutsche Krankenpfl.-Zeitung. 1898. pag. 38). Aehnliche Fläschchen aus Aluminium sind vor einiger Zeit von Knopf in Amerika angegeben worden (Aerztl. Polytechn. 1898. pag. 93). Auch aus Papiermaché werden Speibehältnisse für den Taschengebrauch hergestellt, welche die Form eines Cigarrenetuis haben. Als Deckel dient ein Futteral-ähnlicher Ueberzug; im Innern des Geräthes, das täglich sammt seinem Inhalte verbrannt werden soll, befindet sich wie bei den Glasfläschchen eine sich trichterförmig verengende Oeffnung, welche zugleich einem Auslaufen des Inhaltes entgegenwirkt (Zeitschr. f. Krankenpfl. 1894. pag. 140). Es ist ausser jedem Zweifel, dass der Gebrauch der erwähnten kleinen Geräthe nicht nur in hygienischer Beziehung erhebliche



Fig. 132. Taschenspuck-ffasche nach Dettweiler.

Fig. 133. Einfaches Taschenspuckfläschchen (St. Andreasberg).

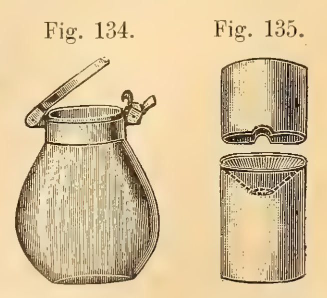

Fig. 134. Taschenfläschchen nach Liebe.

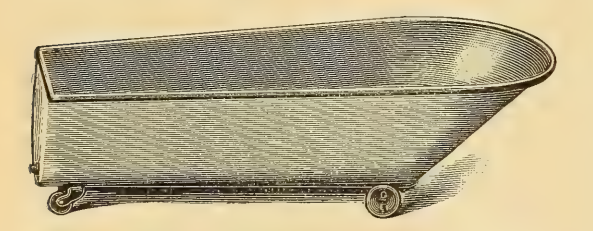
Fig. 135. Taschenspuck-etui aus gepresstem Carton.

Vortheile darbietet, sondern auch in hohem Maasse zur Bequemlichkeit der Kranken beiträgt, wodurch sie zu werthvollen Hilfsmitteln des Krankencomforts werden.

### $\eta$) Erwärmung und Abkühlung der Kranken.

Wir haben bereits weiter oben darauf hingewiesen, von wie grosser Wichtigkeit es für die Erreichung der Ziele einer geordneten Krankenpflege ist, dass eingehende Aufmerksamkeit und Sorgfalt auf die Regelung des Einflusses von Wärme und Kälte auf den Körper des Kranken verwandt wird. Wir haben auch bereits diejenigen Einrichtungen und technischen Hilfsmittel des Krankencomforts genauer betrachtet, welche dazu dienen, die Lufttemperatur der Krankenräume in einer dem Kranken dienlichen Weise zu modificiren (Heiz- und Lüftungsvorrichtungen). Es erübrigt nunmehr noch diejenigen materiellen Hilfsmittel des Krankencomforts genauer zu betrachten, welche unmittelbar zu dem Zwecke ersonnen worden sind, um eine ziemlich schnelle und intensive Erwärmung oder Abkühlung grösserer oder geringerer Abschnitte des Körpers hervorzurufen. Der Zweck, der am Krankenbette mit der intensiveren Zufuhr von Wärme oder Kälte zu bestimmten Körpertheilen des Kranken verfolgt wird, ist fast immer ein doppelter; bei der Erwärmung handelt es sich einmal darum, die darniederliegende Blutcirculation in den betreffenden Körperpartien zu beleben und anzuregen, sodann aber auch darum, das subjective Wohlbefinden des Kranken günstig zu beeinflussen, indem man die Unbehaglichkeit und Unannehmlichkeit der abnormen Kälteempfindung ausschaltet. Ganz ähnlich liegen die Verhältnisse bei der Anwendung der Kälte: Es besteht hier nicht nur die Absicht locale Entzündungsvorgänge, abnorme Erhöhungen der Bluttemperatur, gesteigerten Blutafflux nach bestimmten Körpertheilen hin etc. durch die intensivere Kälteeinwirkung zu mässigen bezw. zu hemmen, sondern es soll gleichzeitig, häufig auch in erster Linie, der unangenehmen Schmerz- und Hitzeempfindung entgegengewirkt und dadurch das subjective Befinden des Kranken günstig beeinflusst werden. Um die erwärmenden Medien, welche ihre Eigenwärme an den Körper des Kranken abgeben sollen, in geeigneter Weise auf die Körperoberfläche einwirken zu lassen, stehen zwei Wege zu Gebote. Entweder werden die zu erwärmenden Körpertheile in das betreffende Medium direct eingebracht (warme Wasser-, Luft-, Dampf-, Sandbäder), oder es wird eine gewisse Menge des Wärme zuführenden Mediums in geeignete Be-

Fig. 136.



Transportable Badewanne für Schwerkranke.

hältnisse eingeschlossen und diese Behältnisse dann auf den zu erwärmenden Körpertheil applicirt (Wärme-Apparate).

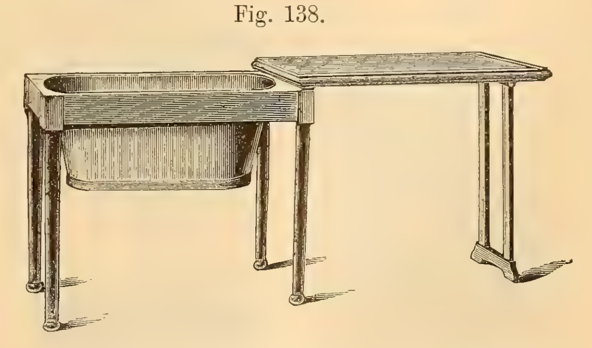
Was die erstere Form der Wärmezufuhr anlangt, so sind die für diesen Zweck in Frage kommenden technischen Hilfsmittel allmälig erheblich vervollkommnet und dem Bedürfnisse einer möglichst grossen Bequemlichkeit für den Kranken angepasst worden. Von der sorgfältigen, oft geradezu luxuriösen Ausstattung der besonderen Baderäume, deren sich die modernen Hospitäler zu erfreuen haben, ist bereits die Rede gewesen, und es soll hier nur noch hervorgehoben werden, dass man in den letzten Jahren sich von vielen Seiten mit Erfolg bemüht hat, auch die Badegeräthschaften, welche speciell für den Gebrauch bei dauernd bettlägerigen und sehr schwachen Kranken bestimmt sind, in einer so verfeinerten Weise zu construiren, dass dem Kranken alle nur denkbaren Erleichterungen bei ihrer Benutzung dargeboten werden können. Es mag genügen, an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass man jetzt für Schwerkranke vorzügliche zu Vollbädern dienende Badewannen aus Zink, Kupfer und Fayence (letztere besonders in England und Amerika verbreitet) construirt hat, welche unhörbar auf mit Gummi belegten Rädern unmittelbar an das Krankenbett selbst herangebracht werden können, nachdem das Badewasser in ihnen ausserhalb der Kranräume in zweckmässiger Weise vorbereitet worden ist. Ebenso sind Badewannen construirt worden, welche bedient werden können, ohne sie mit besonderen Heizkörpern in Verbindung zu bringen; bei diesen Geräthen, die mit doppeltem Boden versehen sind, befindet sich die Heizvorrichtung unmittelbar unter dem Wannenboden. Auch die Form der Badewannen ist durch die Rücksicht auf eine möglichst grosse Bequemlichkeit für den Kranken modificirt worden, derart, dass derjenige Theil der Wannenfläche, auf welchem der Rücken des schwachen und vom Pflegepersonal mit grosser Vorsicht in die Wanne hineingehobenen Kranken

Fig. 137.



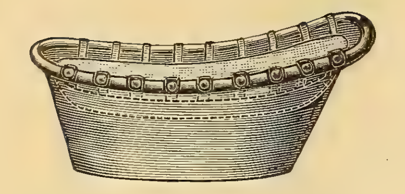
Fahrvorrichtung für Badewannen.

Fig. 138.



Kinderbadewanne mit seitlich drehbarem Badetisch.

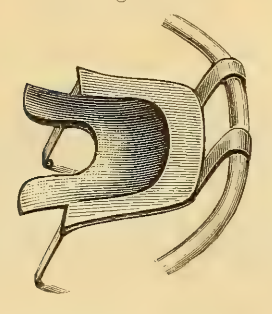
Fig. 139.



Kinderbadewanne nach Lennhoff mit Stützunterlage.

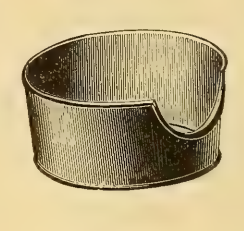
ruhen soll, möglichst genau der natürlichen Körperform adaptirt ist und mit dem Wannenboden einen stumpfen Winkel bildet, der so gewählt ist, dass die Muskelanstrengung während des Badens auf ein Minimum reducirt wird. Ferner hat man auch besondere Kopf- und Nackenstützen hergestellt, welche beim Baden zur Bequemlichkeit der Kranken eingehängt werden. Speciell für Kinder hat Lennhoff eine Badewanne construirt, bei welcher eine leinene Unterlage zur Unterstützung des Körpers in die Wanne eingehängt und an rings am Wannenrande angebrachten Knöpfen befestigt

Fig. 140.



Kopfstütze für badende Kranke.

Fig. 141.



Kopf-Badewanne.

wird; für denselben Zweck sind auch besondere Badematratzen aus Kork oder Schwammgewebe, sowie geflochtene Badenetze angegeben worden. Soll die Erwärmung sich nicht auf den ganzen Körper erstrecken, sondern nur auf bestimmte Körpertheile, so gelangen kleinere mit warmem Wasser gefüllte Badebehältnisse zur Anwendung, deren Gestalt sich nach der Form des betreffenden Körpertheiles richtet; so hat man besondere Sitzbadewannen, Fuss- und Armbadewannen, ja selbst kleine Badewannen für Ohr und Auge sind construirt worden. Nächst dem warmen Wasser wird auch die erwärmte Luft als Wärme-

Fig. 142.

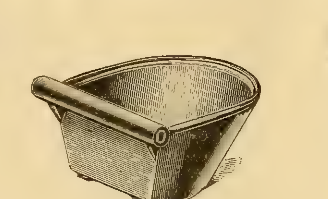
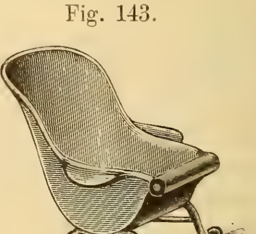


Fig. 143.



Badewannen für Sitzbäder.

zuführendes Medium häufig am Krankenbette verwendet. Dies geschieht gewöhnlich in der Weise, dass der den kranken Körper unmittelbar umgebende Luftraum, welcher nach unten durch das leinene Betttuch, nach oben durch die Bettdecke abgeschlossen wird, durch geeignete am Krankenbette anzubringende technische Vorrichtungen bis zu dem im Einzelfalle zweckmässig erscheinenden Grade erwärmt wird, so dass der

Fig. 144.

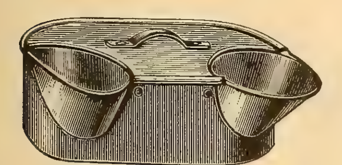
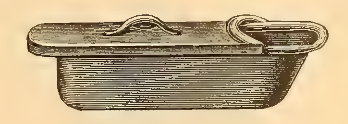


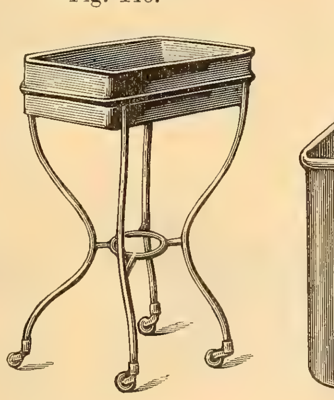
Fig. 145.



Armbadewannen verschiedener Form.

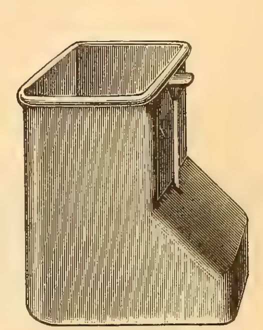
Körper des Kranken, während er in ruhiger Bettrückenlage verharrt, gleichsam in ein warmes Luftbad eingebracht wird. Die Construction dieser Wärme zuführenden Geräthe ist meist eine derartige, dass sich neben dem Boden eine Spirituslampe befindet, oberhalb welcher ein rechtwinklig gebogenes, schornsteinartiges, eisernes Rohr, das an der winkligen Knickung mit einer von aussen regulirbaren Stellklappe versehen ist und sich nach unten trichterförmig erweitert, angebracht ist. Dieses Rohr mündet an der Bettseite luftdicht in einen rechtwinkligen schmalen Holzkasten, der am Fussende quer in das Krankenbett eingelegt wird und an seiner vorderen Fläche einen viereckigen Ausschnitt trägt, durch welchen die von der Spirituslampe erwärmte, in dem eisernen Rohr aufsteigende und in den Holzkasten gelangende Luft unter die Bettdecke strömt. Die letztere wird während der Anwendung des Apparates durch zwei in den Holzkasten eingehängte vom Fussende zum Kopfende verlaufende Stäbe hochgehalten, um den unter ihr befindlichen Luftraum zu vergrössern (vgl. Zeitschr. f. Krankenpfl. 1895. pag. 263). Wärmeapparate dieser oder ähnlicher Construction sind von verschiedenen Seiten angegeben worden, beruhen aber ungefähr auf dem

Fig. 146.



Arm-Badewanne nach Merke.

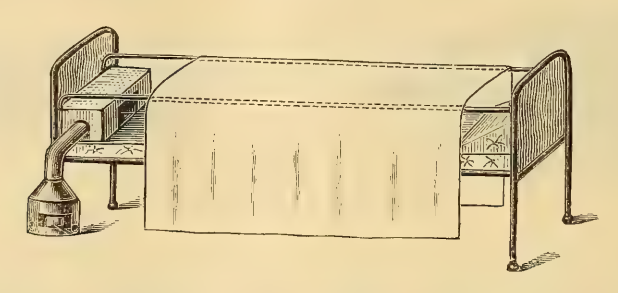
Fig. 147.



Fuss-Badewanne.

gleichen Princip. Erwähnt sei von derartigen Vorrichtungen hier besonders das Quincke'sche Schwitzbett und der Phénix à l'air chaud der Firma Fulpius in Genf. Lässt man die Erwärmung der Luft, wie sie durch die Spirituslampe hervorgerufen wird, längere Zeit hindurch andauern, so sind diese Apparate nicht nur zur beschleunigten Erwärmung des Kranken und des Krankenbettes zu verwenden, sondern

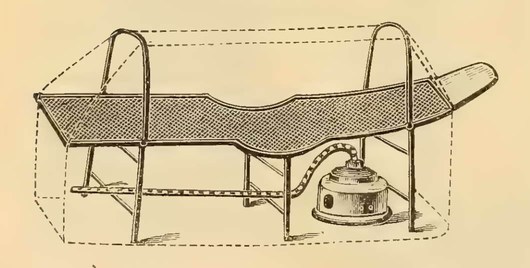
Fig. 148.



Heissluftbett zur Erwärmung des Kranken (Phénix à l'air chaud).

auch zu intensiver Schweisserzeugung, zu welchem Zwecke sie auf dem Gebiete der physikalisch-diätetischen Therapie häufig in Benutzung gelangen. Gedacht sei hier auch noch des vor Kurzem von Dahms construirten sehr practischen transportablen Dampfbettes, bei welchem statt der warmen Luft Wasserdampf als Wärmequelle benutzt wird (vgl. Deutsche Krankenpfl.-Zeitung. 1898. pag. 192). Auf die verschiedenartigen in letzter Zeit construirten kastenförmigen Schwitzapparate näher einzugehen, würde den Rahmen dieses Werkes überschreiten.

Fig. 149.



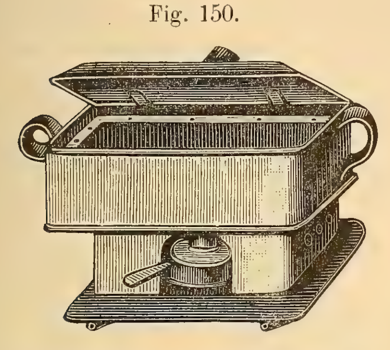
Dampf-Bett zur Erwärmung und Schweisserzeugung nach Dahms

Was die Wärmeapparate anlangt, welche vorwiegend oder ausschliesslich eine rein locale Erwärmung hervorrufen sollen, so hätten wir zunächst die Wärmcompressen und Wärmumschläge zu erwähnen, deren man sich zur Erwärmung fast aller Gegenden der Körperoberfläche häufig bedient. Sie bestehen zumeist aus mehrfach zusammengelegten Leinentüchern, die mit warmem Wasser durchtränkt und dann ausgewrungen sind. Um die feuchte Wärme, welche sie enthalten, längere Zeit hindurch zu erhalten und die durch Verdunstung bedingte Abkühlung zu verzögern bezw. aufzuheben, bedeckt man die Wärmcompressen gewöhnlich mit undurchlässigem Gummistoff (nach dem Typus der

sogenannten Priessnitz'schen Umschläge, welche mit kaltem Wasser hergestellt werden, das sich auf der Haut allmälig anwärmt).

Wickelt man derartige feuchte Wärmcompressen vollständig in gummirten Stoff ein, so kann man das entstehende Päckchen auch als trockene Wärmcompresse verwenden; im Uebrigen stellt man trockene Wärmcompressen in der Weise her, dass man kleine Beutel oder Kissen

Fig. 150.



Vorrichtung zum Anwärmen der Umschläge.

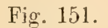
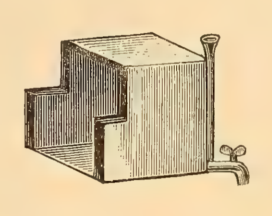


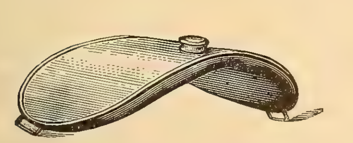
Fig. 151.



Fusswärmekasten für das Krankenbett.

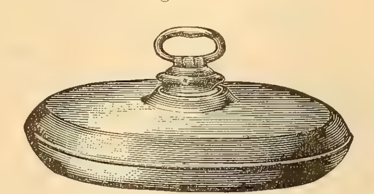
mit erwärmtem Brei oder Mehl oder Sand füllt und sie dann auf die betreffende Körperstelle auflegt. Seit langen Zeiten sind ferner heissgemachte Teller, Ziegelsteine etc., welche in leinene oder wollene Tücher eingeschlagen werden, zur Erwärmung einzelner Körpertheile, besonders des Unterleibes in Gebrauch. Zur Erwärmung der Füsse dienen seit Alters mit heissem Wasser gefüllte und sorgfältig verschlossene irdene

Fig. 152.



Heisswasserbehälter zur Erwärmung des Leibes.

Fig. 153.

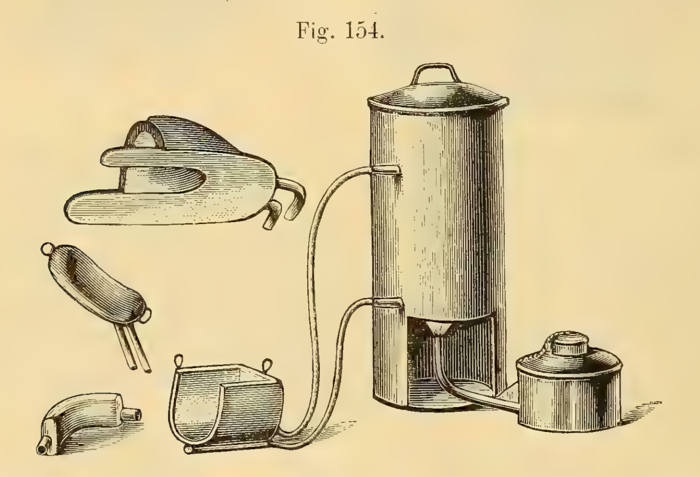


Bettwärmflasche aus Metall.

Flaschen. In neuerer Zeit verwendet man, insbesondere in den Krankenanstalten Wärmapparate aus Blech, welche gewöhnlich in der Weise construirt sind, dass ihre doppelte metallene Wandung einen Hohlraum einschliesst, der mit heissem Wasser gefüllt wird. Diese metallenen Wärmegeräthe sind in den letzten Jahren wesentlich vervollkommnet worden; sie werden in sehr verschiedener Form hergestellt, welche sich nach der Gestalt des zu erwärmenden Körpertheiles richtet. So sind besondere

Wärmekasten für die Füsse des Kranken angegeben worden. Diese bestehen aus doppelwandigem Kupferblech, haben die Form eines viereckigen Kastens, dessen eine Seitenwand nach der dem Kopfende des Bettes zugekehrten Richtung fehlt, und werden unterhalb der Bettdecke am Fussende quer in das Bett eingestellt (Fig. 151). Sie sind an ihrer oberen Circumferenz mit einer verschliessbaren Eingussöffnung für warmes Wasser, an ihrer unteren mit einem Ausflusshahn versehen. Diese Fusswärmekästen können als durchaus zweckmässig bezeichnet werden. Durch von Zeit zu Zeit vorgenommenes Nachfüllen warmen Wassers gelingt es die mit einem wollenen Tuche umhüllten in das Innere des Kastens hineingesteckten Füsse des im Bette liegenden Kranken eine lange Zeit hindurch in gleichmässiger Erwärmung zu erhalten. Aehnliche Warmwasser-Behältnisse sind auch zur Erwärmung

Fig. 154.

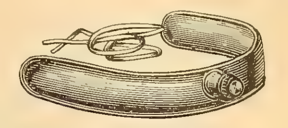


Thermophor-Apparat nach Quincke mit verschieden gestalteten Ansätzen.

des Unterleibes angegeben worden. Diese Leibwärmapparate sind oval geformte, platte, über die Fläche gebogene Blechkästen, welche mit einer verschliessbaren Einfüllöffnung versehen sind, und in ein leinenes Tuch gewickelt mit Bändern auf dem Unterleibe des Kranken befestigt werden (Fig. 152). Weit verbreitet sind heutzutage auch grössere rundliche Metallwärmer, gleichfalls zur Heisswasser-Füllung bestimmt und mit einem ringförmigen Handgriff versehen; es sind dies die sogenannten Bettwärmer, welche, in ein leinenes Handtuch eingewickelt, gewöhnlich am Fussende des Bettes unter der Decke eingelegt werden und bei deren Anwendung weniger die unmittelbare Erwärmung eines bestimmten Körpertheils, als vielmehr die Erwärmung des Bettinnern beabsichtigt wird (Fig. 153). In neuerer Zeit hat Quincke eine Reihe von sehr practischen Wärmapparaten für die verschiedensten Körpertheile construirt, die sog. Thermophore, welche alle auf dem gleichen Princip beruhen. Dieses Princip ist etwa folgendes: Das zur Verwendung gelangende warme Wasser

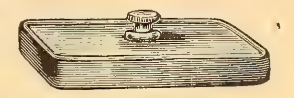
wird in einem besonderen Erhitzungscylinder aus Metall, der mit einem Handgriff und einer verschliessbaren Eingussöffnung an seinem oberen Ende versehen ist und unter welchem eine Spirituslampe angebracht wird, angewärmt und strömt dann seitlich aus dem Mantel des Cylinders in einem willkürlich mittelst eines Hahns regulirbaren Strome durch einen Gummischlauch zu dem betreffenden Ansatzstück, dessen Form sich nach der Gestalt des gerade zu erwärmenden Körpertheils richtet. Zu dem Apparat gehören eine Anzahl von Ansatzstücken, welche sich den verschiedensten Körpertheilen (Ellenbogen, Knie, Ohr, Ferse etc.) adaptiren (Fig. 154). Nachdem das Wasser den Hohlraum des betreffenden doppelwandigen Ansatzstückes durchströmt hat, fliesst es durch einen zweiten Gummischlauch wiederum dem unteren Theile des Erhitzungscylinders zu und wird in demselben aufs Neue angewärmt. Es befindet sich somit das Wasser innerhalb des Apparates in steter Circulation und kann in dem metallenen Ansatzstück stundenlang auf gleichmässiger, genau regulirbarer Temperaturhöhe erhalten werden. Um die Circulation des warmen Wassers in wünschenswerther Weise zu erhalten, ist es nothwendig, dass der Erhitzungscylinder bei der Anwendung sich stets auf einem niedrigeren Niveau befindet, als das betreffende Ansatzstück, das zweckmässiger Weise in ein leinenes Tuch eingeschlagen wird. Auch zur länger dauernden Warmerhaltung von Umschlägen und Compressen kann der Apparat vortheilhaft benutzt werden, indem man alsdann das Ansatzstück oberhalb der Compresse auflegt oder in dieselbe einlegt (vgl. Zeitschr. f. Krankenpfl. 1897. pag. 7). Der Apparat gewährt somit die grosse Bequemlichkeit sowohl für den Kranken als auch für das Pflegepersonal, dass das häufige Wechseln und Neuanwärmen der gewöhnlichen Compressen bezw. das häufige Neufüllen der gewöhnlichen Wärmflaschen in Fortfall kommt. Dieselben Vortheile suchen mehrere gleichfalls in letzter Zeit construirte Wärmgeräthe auf anderem Wege zu erreichen. Von diesen erscheint als das zweckmässigste die sog. Thermophor-Compresse, welche aus einem viereckigen bald grösseren bald kleineren Gummikissen aus schmiegsamem Weichgummi besteht, dessen Oberfläche in der Mitte einen kleinen knopfförmigen Metall-Handgriff trägt und dessen Innenraum mit einer gewissen Menge krystallisirten essigsauren Natrons und Glycerins angefüllt ist. Diese Thermo-

Fig. 155.



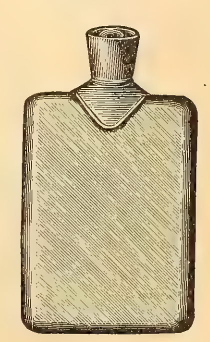
Wärmvorrichtung für den Hals, mit essigsaurem Natrium gefüllt.

Fig. 156.



Thermophor-Compresse aus Gummi.

Fig. 157.



Wärmflasche aus Metall, mit essigsaurem Natrium gefüllt.

phor-Compressen brauchen nur für kurze Zeit in heisses Wasser getaucht zu werden, um dann, einmal erhitzt, ihre Wärme stundenlang zu bewahren. Sie gelangen mit einem Flanellüberzug bedeckt zur Anwendung und beruhen auf dem schon auf pag. 101 eingehend geschilderten Princip.

Fig. 158.

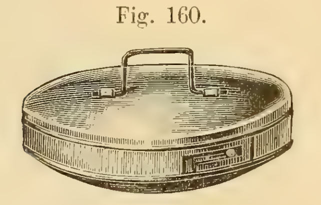
Bettwärmflasche aus Gummi mit Stoffüberzug für Heisswasser- oder Wärmsalzfüllung.

Fig. 159.

Japanische Wärmedose zur Füllung mit Glühstoff. Inneres Metallkästchen mit Filzmantel.

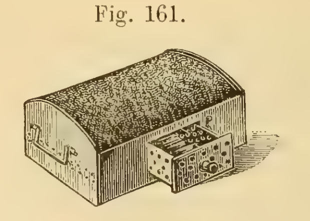
Statt der gewöhnlichen metallenen Wärmflaschen verwendet man an manchen Orten, besonders in der Privatpflege, in letzter Zeit auch viereckige oder ovale mit Schraubenverschluss versehene Gummikissen, welche den weiter oben beschriebenen Luftkissen, wie sie für die Lagerung der Kranken verwendet werden, ähnlich sind und mit heissem Wasser gefüllt werden (Fig. 158); desgleichen sind vor Kurzem von Majewski metallene Wärmflaschen für das Krankenbett empfohlen worden, welche statt mit warmem Wasser mit frisch gelöschtem Kalk beschickt werden, Bajonettverschluss besitzen und nur alle paar Stunden neu gefüllt zu werden brauchen (Fig. 160). Hierdurch gewähren diese Geräthe einen entschiedenen Vorzug vor den gewöhnlichen Wärmeträgern mit Heisswasserfüllung (vgl. Aerztl. Polytechn. 1898. pag. 77). Fernere Vorrichtungen, welche gleichfalls zu dem Zwecke construirt worden sind, um die häufige zeitraubende Neufüllung der Wasserwärmer zu vermeiden, sind die sog. Japanischen Wärmedosen, kleine mit einem taschenförmigen

Fig. 160.



Wärmflasche nach Majewski für Füllung mit gelöschtem Kalk.

Fig. 161.

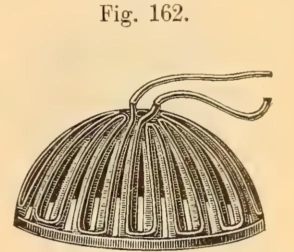


Fusswärmkasten für Krankenfahrstühle.

Filzüberzug versehene Blechkästchen, welche mit präparirten Kohlenstückchen (Glühstoff) gefüllt werden. Obgleich diese Geräthe, welche auch als Compresseneinlagen benutzt werden können, die Wärme bedeutend länger halten, als die mit Wasser gefüllten Wärmer, sind sie doch nicht sehr empfehlenswerth, weil die glühenden Kohlenstückchen immerhin brenzliche Gase abgeben

und auch mit der zurückbleibenden Asche leicht eine Verunreinigung der Bettstücke herbeigeführt werden kann. Diese Geräthe erinnern noch am meisten an die in früherer Zeit allgemein verbreiteten, jetzt aber glücklicher Weise gänzlich aus dem Arsenal des Krankencomforts verbannten metallenen Wärmpfannen und Wärmkästchen, welche mit glühenden Kohlen gefüllt wurden und sich durch das Ausströmen von Kohlendunst in die Krankenzimmerluft in gesundheitsschädlicher Weise bemerkbar machten. Hingegen steht dem Gebrauch von mit Glühstoff-Patronen beschickten Wärmkästen, wie sie zum Warmhalten der Füsse in Krankenfahrstühlen und anderen Krankentransportgeräthen benutzt werden, kein Bedenken entgegen, da die Anwendung hier ausserhalb der Krankensäle, zumeist im Freien, geschieht.

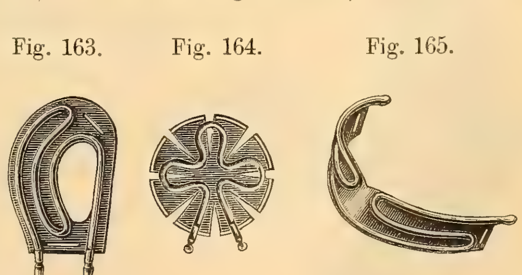
Fig. 162.



Kühlvorrichtung für den Kopf des Kranken nach Leiter.

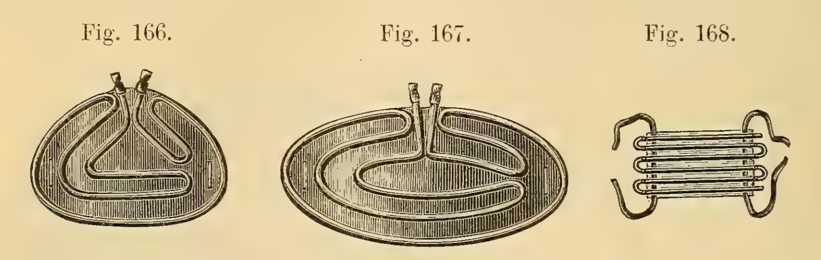
In ähnlicher Weise, wie die für die Erwärmung Kranker bestimmten technischen Geräthe, wie aus den vorhergehenden Bemerkungen erhellt, allmälig eine immer weiter gehende Verfeinerung und Vervollkommnung erfahren haben, sind auch zum Zwecke der Abkühlung des kranken Körpers mannigfache technische Hilfsmittel construirt worden, bei deren Herstellung und Verwendung in der Krankenpflege eine möglichst weitgehende Bequemlichkeit für das kranke Individuum und eine möglichst durchgreifende Linderung seiner Beschwerden bei möglichster Zweckmässigkeit hinsichtlich der therapeutischen Beeinflussung maassgebend war. Zunächst kommen hier in analoger Weise, wie wir dies bei der Erwärmung der Kranken geschildert haben, die kalten Waschungen und kalten Bäder in Betracht, deren Technik und deren materielle Hilfsmittel vielfach dieselben sind, wie sie für die warmen Wasserproceduren in Benutzung gezogen werden, sodass ein näheres Eingehen auf die hierhin gehörigen Geräthe an dieser Stelle nicht mehr nöthig erscheint. Auch eine Reihe technischer Maassnahmen und Vorrichtungen, welche darauf abzielen, die Abkühlung des kranken Körpers durch Erniedrigung der Lufttemperatur in den betreffenden Krankenräumen zu bewirken, sind bereits weiter oben beschrieben worden. Es erübrigt jedoch hier noch einige Bemerkungen über diejenigen Hilfsmittel des Krankencomforts anzufügen, welche dazu dienen, eine intensivere und schnellere Abkühlung

Fig. 163. Fig. 164. Fig. 165.



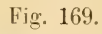
Kühlvorrichtungen für Ohr, Auge und Stirn des Kranken nach Leiter.

bestimmter Körpertheile des Kranken herbeizuführen. Dieselbe Rolle, welche für die Erwärmung des Kranken die Application von in geeig- Behältnissen eingeschlossenen Mengen heissen Wassers spielt, fällt in Bezug auf die Abkühlung kranker Körpertheile dem Eise zu. Zweifellos lässt sich auch durch die Application geeigneter Metallgeräthe, welche




Kühlvorrichtungen für Herzgegend, Unterleib und Extremitäten des Kranken nach Leiter.

mit kaltem Wasser angefüllt sind, auf die Körper-Oberfläche des Kranken eine erhebliche Abkühlung des betreffenden Körpertheils erreichen; bei Weitem wirkungsvoller jedoch erweist sich für diesen Zweck die Application von Eis. Was zunächst die zur Füllung mit kaltem Wasser bestimmten Kühlgeräthe anlangt, so sind hier an erster Stelle die sog. Leiter'schen Kühlröhren zu erwähnen. Diese Apparate haben eine sehr verschiedenartige Form, welche sich wiederum je nach der anatomischen Beschaffenheit desjenigen Körpertheils richtet, zu dessen Abkühlung sie speciell bestimmt sind. Sie bestehen aus grösseren oder kleineren teller- oder auch kappenförmigen Anordnungen schlauchförmiger Metallröhren, welche sich aus parallel gelagerten Windungen zusammensetzen und beruhen auf folgendem Princip. Aus einem grösseren, auf erhöhtem Niveau befindlichen und mit kaltem Wasser gefüllten Standgefäss bezw. aus dem nach Belieben zu regulirenden Abflusshahn der Wasserleitung strömt das kalte Wasser continuirlich durch einen Gummischlauch zu der Einflussmündung der Kühlplatte oder Kühlkappe, welche mit Leinewand umhüllt auf das abzukühlende Glied applicirt ist; das kalte Wasser durchströmt nunmehr sämmtliche concentrischen Windungen des Metallrohres und gelangt durch die Ausflussmündung desselben wiederum in einen sich hier ansetzenden Gummischlauch, der das Wasser nun in ein auf dem Fussboden neben dem Krankenbette stehendes Gefäss ableitet. Durch die Anwendung

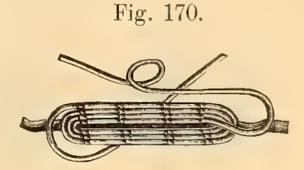





Kühlkappe aus concentrisch gewundenem Gummischlauch für den Kopf.

dieser Apparate lässt sich eine beliebig lange fortzusetzende, wirksame locale Abkühlung erreichen. Diese Geräthe des Krankencomforts bilden einen wesentlichen Fortschritt gegenüber den in früherer Zeit ausschliesslich für den gedachten Zweck verwendeten kalten Compressen, welche sich nach kurzer Zeit auf der Haut des Kranken erwärmen und daher einer häufigen, zeitraubenden und mit mannigfachen Unbequemlichkeiten verbundenen Erneuerung bedürfen. Es sind besondere Leiter-sche Kühlapparate für den Kopf (Kühlkappe), das Ohr und Auge, den Unterleib, Rücken, Hals etc. construirt worden. In neuester Zeit benutzt man häufig auch statt der beschriebenen Zinnröhrenapparate ähnliche und auf demselben Princip beruhende Kühlgeräthe, welche ausschliesslich aus concentrisch angeordneten Gummischläuchen bestehen, deren einzelne Windungen mit einander verlöthet sind, sodass die zweckmässige Form des Apparates dauernd erhalten bleibt. Diese Gummikühler gewähren vor den Leiter'schen Apparaten den wesentlichen Vortheil, dass sie erheblich leichter sind und daher den Kranken viel weniger belästigen; jedoch ist die von ihnen ausgehende Kältewirkung eine geringere als die der aus Metallröhren zusammengesetzten Geräthe. Um auch diesen letzten Uebelstand zu beseitigen, hat Gaertner vor Kurzem Kühlgeräthe aus biegsamem Aluminium-Spiralschlauch angegeben, welche den Vorzug der Leichtigkeit und Annehmlichkeit mit dem einer ausgiebigen Kältewirkung verbinden und daher als sehr empfehlenswerth bezeichnet werden können (vgl. Zeitschr. f. diätet. u. physikal. Therapie. 1898. pag. 358).

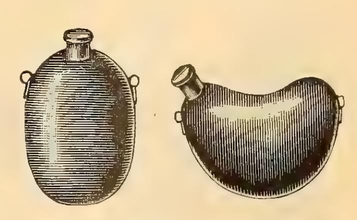
Fig. 170.



Gummikühler für Rücken und Extremitäten.

Für die Verwendung des Eises zum Zwecke localer Abkühlung kommen zunächst die sog. Eisflaschen aus Metall in Betracht, welche insbesondere für die Kälteanwendung in der Herzgegend benutzt werden. Es sind dies oval oder herzförmig gestaltete, platte, flaschenartige Behältnisse aus Zink, welche mit zerkleinerten Eisstückchen gefüllt und mit einem Korkstopfen verschlossen auf die Herzgegend applicirt werden. Man unterscheidet sog. männliche und weibliche Herzflaschen, deren obere Krümmung sichn entsprechend der verschiedenartigen Form des männliche und weiblichen Thorax etwas unterscheidet (Fig. 171 u. 172). Diese Geräthe werden gewöhnlich mit mehreren Bändern auf der Herzgegend befestigt, um auch bei Bewegungen des Kranken eine gleichmässige Kältewirkung zu gewährleisten. Ungleich grösserer Verbreitung erfreuen sich indessen die meist aus Gummi oder gummirtem Stoff hergestellten Kühl-Behält-

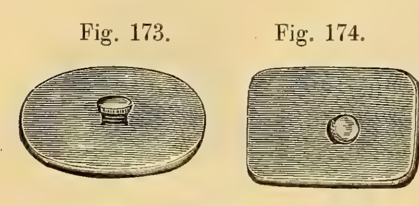
Fig. 171. Fig. 172.



Männliche und weibliche Herzkühlflasche aus Zink.

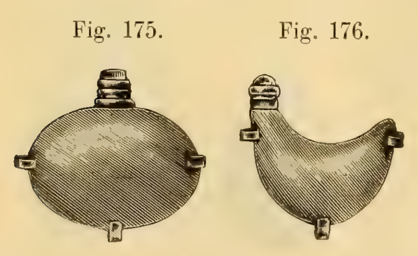
nisse, die sog. Eisbeutel, welche an den verschiedensten Stellen der Körperoberfläche zur Verwendung gelangen. Diese Geräthe, meist an der Einfüllöffnung mit einem Metallschraubenverschluss versehen, werden je nach der betreffenden Körpergegend, auf welche sie applicirt werden, gestaltet. Gewöhnlich bestehen die Eisbeutel aus einem runden Gummisack, welcher in der Mitte seiner oberen Fläche verschlossen werden kann. Der Durchmesser der beiden Gummiplatten, durch deren periphere Verlöthung der Beutel gebildet wird, kann grösser oder kleiner sein. Für empfindlichere Organe, welche eine irgendwie erheblichere Belastung nicht vertragen können, wie Auge oder Ohr, sind besondere kleine Eisbeutel in Anwendung, welche durch mehrere Bänder in ihrer Lage festgehalten werden. Für die Halsgegend sind besondere längliche (wurstförmige) Gummibeutel angegeben worden; desgleichen hat Chapman ein plattes Kühlkissen aus Gummi für Eisfüllung zur Application auf die Rückengegend angegeben. Ferner sind noch hier kleine platte Kühlkissen für den After sowie die von R. Ledermann (Zeitschr. f. Krankenpfl. 1894. pag. 304) angegebene Kühlvorrichtung für die Dammgegend zu nennen. Bezüglich der Anwendung dieser Gummikühlgeräthe ist zu bemerken, dass dieselben niemals direct auf die Hautoberfläche des Kranken applicirt werden dürfen, sondern stets zuvor in ein leinenes Tuch einzuhüllen sind, einerseits, weil der Gummi auf die Haut reizend einwirkt, andererseits, weil durch die leinene Umhüllung eine allzu intensive Kältewirkung, welche die Gefahr circumscripter Hautgangrän in sich schliesst, vermieden wird. Sodann ist bei der Verwendung dieser Geräthe darauf zu achten, dass dieselben nicht zu stark mit zerkleinerten Eisstückchen gefüllt werden, um nicht dem Kranken durch zu starke Belastung Unbequemlichkeiten zu schaffen; in gleichem Maasse ist darauf zu achten, dass vor dem Verschliessen der Beutel die in ihnen enthaltene Luft durch Zusammendrücken des Geräthes entleert wird, weil dasselbe sich sonst leicht auf der Haut verschiebt. Sodann ist es von Wichtigkeit, dass die Gummibeutel an ihrer Aussenfläche vor der Anwendung gut abgetrocknet werden, um eine für den Kranken sehr unangenehme Durchnässung der Wäsche und Bettstücke zu vermeiden, sowie, dass sie nur mit gut zerkleinertem Eise (die Zerkleinerung des Eises geschieht am zweckmässigsten mittelst

Fig. 173. Fig. 174.



Gummi-Eisbeutel verschiedener Form mit Metallverschraubung.

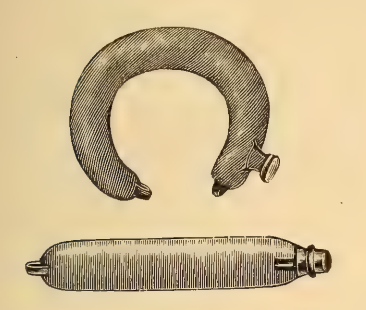
Fig. 175. Fig. 176.



Männlicher und weiblicher Gummi-Eisbeutel für die Herzgegend.

einer Stricknadel oder eines besonderen kleinen Geräthes, des sog. Eisspalters) gefüllt werden, welches sich möglichst gleichmässig in dem Behältnisse vertheilen kann. Besondere Sorgfalt erfordert die von Zeit zu Zeit regelmässig vorzunehmende Prüfung des Inhaltes der Eisbeutel,

Fig. 177 u. 178.



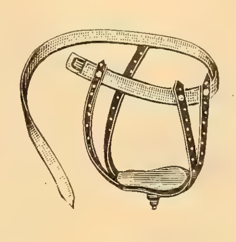
Gummi-Eisbeutel für den Hals des Kranken.

Fig. 179.



Gummi-Eisbeutel für das Auge.

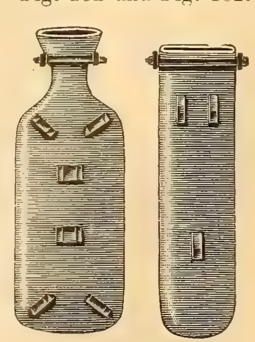
Fig. 180.



Gummi-Kühlapparat für die Dammgegend nach Ledermann.

der sofort zu erneuern ist, sobald alles zur Füllung verwendete Eis geschmolzen ist. Um kleinere Eismengen in gebrauchsfertigem Zustande längere Zeit hindurch innerhalb der Krankensäle vorräthig erhalten zu können, sind neuerdings sehr empfehlenswerthe und bequem zu handhabende transportable Eisbehälter construirt worden, welche auf Rollen von Krankenbett zu Krankenbett geschoben werden können und deren cylindrischer Hohlraum aus einer doppelten Metallwandung, mit Korkmehl gefüllt, gebildet wird (Fig. 183). Die besten, weil haltbarsten Eisbeutel sind zweifellos die aus schwarzem Patentgummi hergestellten; daher verwendet man diese fast ausschliesslich in den modernen Krankenanstalten. Da sie jedoch ziemlich kostspielig sind, hat man sich nach billigeren Surrogaten des Gummis zur Herstellung dieser Geräthe umgesehen, und auch Eisbeutel aus gummirtem Leinwandgewebe hergestellt, welche indess bei häufigem Gebrauche leicht wasserdurchlässig werden (Fig. 184). Erwähnt seien hier auch die von Brehmer angegebenen sehr wohlfeilen Herzeisbeutel aus Pergamentpapier mit Holzklammerverschluss, welche für Krankenanstalten leicht in grösserem Umfange ohne erheblichen Aufwand an Geldmitteln beschafft werden können und sich auch für die Privatpflege wenig bemittelter Kranker als recht geeignet und ausreichend erweisen (Fig. 185).

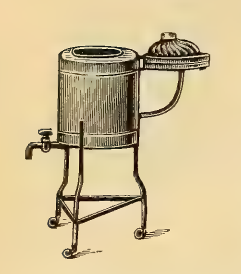
Fig. 181 und Fig. 182.



Gummi-Eisbeutel für den Rücken nach Chapman mit Klammerverschluss.

Um schliesslich die Anwendung aller dieser zur localen Abkühlung am Krankenbette verwendeten Hilfsmittel noch weiterhin dem Kranken möglichst zu erleichtern und bequem zu gestalten, insbesondere um eine dauernde gleichmässige Wirksamkeit derselben zu gewährleisten, und zugleich in der Lage zu sein, eine dem Kranken unangenehme Belastung bei der Application (Peritonitis, Phlegmone etc.) zu vermeiden, sind eigene Vorrichtungen für das Krankenbett construirt worden, die sog. Eisbeutelträger (Fig. 186) und Reifenbahren (Fig. 48), an welchen die gefüllten Eisbeutel bei der Application aufgehängt werden. Die in früherer Zeit häufig für die Eisapplication benutzten nach der Beschickung mit einem Bindfaden zugeschnürten Thierblasen (ausgeschnittene Harnblase des Rindes und Schweines) sind mit Recht jetzt, wenigstens in den Hospitälern, definitiv aus der Rüstkammer des Krankencomforts verbannt worden, weil dieselben leicht nässen und übelriechend werden; nur für den Nothfall greift man in der Privatpflege bei unbemittelten Kranken heute noch in Ermangelung eines besseren Hilfsmittels zu diesen eigenartigen improvisirten Kühlgeräthen.

Fig. 183.



Transportabler Eisbehälter für Krankensäle.

## ϑ) Bewegung der Kranken.

War uns bereits als eine der wichtigsten Aufgaben der wissenschaftlich geordneten Krankenpflege die Fürsorge erschienen, durch Anwendung zahlreicher mühsam ersonnener und zweckmässig gesammelter technischer Vorrichtungen die Ruhe und Behaglichkeit des in Bettrückenlage verharrenden Kranken nach Möglichkeit zu unterstützen und zu fördern, so tritt in noch höherem Maasse die unabweisliche Forderung an den Arzt wie auch die den Kranken pflegenden Personen heran, alle unvermeidlichen Körperbewegungen in der Weise zu beeinflussen und zu modificiren, dass dieselben dem Kranken nach Kräften erleichtert und bequem gemacht werden. Da es von vornherein als wünschenswerth erscheinen muss, die Muskelkräfte geschwächter, in Bezug auf ihre Leistungsfähigkeit reducirter Kranker zu schonen und jeden ersparbaren Kraftverbrauch hintanzuhalten, so ist es unzweifelhaft von erheblichem therapeutischem Werth und directem Nutzen für das kranke Individuum und ebenso für den günstigen Krankheitsverlauf, zu erstreben, dass durch die Bewegungen, welche der Kranke entweder selbst ausführt, oder welche mit ihm durch andere Personen ausgeführt werden müssen, nicht nur kein Schaden angerichtet, sondern auch dem subjectiven Wohlbefinden in der mannigfaltigsten Weise zu Hilfe gekommen wird. Die Erkenntniss dieser Nothwendigkeit hat dazu geführt, dass der Arzt bei

Fig. 184.



Eisbeutel aus gummirtem Stoff.

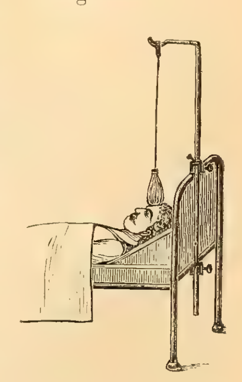
der Krankenbehandlung in neuerer Zeit ein besonders sorgfältiges Augenmerk darauf zu richten pflegt, welches Maass an Körperbewegung dem Kranken überhaupt ohne Nachtheil zugemuthet werden darf. Dieses Maass ist natürlich für jeden einzelnen Kranken ein individuell ganz verschiedenes und richtet sich abgesehen von der besonderen Art und Schwere der Erkrankung in erster Linie auch nach der persönlichen Widerstandskraft und Ermattungsfähigkeit des Einzelnen. Während die therapeutische Regelung des dem Kranken zu directen Heilzwecken zuzuweisenden Maasses an Bewegung und der Art derselben dem Gebiete der physikalisch-diätetischen Therapie zufällt, hat die Krankenpflege die Aufgabe, sich mit denjenigen Körperbewegungen und ihrer zweckmässigen Gestaltung zu beschäftigen, welche auch im gesunden Zustande alltäglich vor sich gehen und sich bei dem Kranken nur deshalb in etwas veränderter Weise abspielen, weil dieser eben durch den Zustand des Krankseins in seinem Verhalten zur Umgebung unter besondere eigenartige Bedingungen versetzt wird. Die Körperbewegungen des Kranken zerfallen naturgemäss in zwei Gruppen: 1. in active Bewegungen, d. h. in solche, welche der Kranke selbstthätig unter willkürlicher Anspannung seiner Skelettmuskeln ausführt und 2. in passive Bewegungen, d. h. solche Bewegungen des Kranken, welche vermittels der Beihilfe und Unterstützung anderer Personen bewerkstelligt werden. Es ist klar, dass die activen Bewegungen im Wesentlichen nur da zur Ausführung gelangen können, wo es sich nicht um schwerkranke Personen handelt, während die passiven Bewegungen bei sehr stark geschwächten und schwer darniederliegenden Kranken fast ausschliesslich zur Geltung kommen. Da für die Pflege schwerkranker Personen es allgemein als ein wichtiger Grundsatz angesehen wird, Muskelanstrengungen überhaupt nach Möglichkeit ganz zu vermeiden, so sind die Bemühungen in besonderem Grade darauf gerichtet worden, geeignete Vorkehrungen und Einrichtungen zu schaffen, welche die Ausführung der nothwendigen Körperbewegungen selbst bei Schwerkranken in einer Weise ermöglichen, dass die active Muskelthätigkeit der Kranken entweder ganz überflüssig gemacht oder doch durch die dargebotenen Unterstützungsmittel auf ein Minimum verringert wird. Die Unterstützungsmittel, welche die Krankenpflege für die Bewegungen der Kranken liefert, sind doppelter Natur; zunächst eine Reihe von bestimmten, in geübter und kunstgerechter Weise auszuführenden Handgriffen von Seiten der Krankenwartung, wie sie in den zahlreichen für Krankenpflegepersonen bestimmten Leit-

Fig. 185.




Eisbeutel aus Pergamentpapier mit Holzklammer nach Brehmer.

Fig. 186.



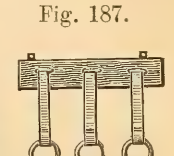
Vorrichtung zum Aufhängen der Eisbeutel, zum Anschrauben an das Krankenbett.

fäden und Handbüchern beschrieben sind und sich durch eine langdauernde Erfahrung vielfach in typischer Weise herausgebildet haben. Hierhin gehören das behutsame Aufheben des Rückens und Kopfes bei bettlägerigen Kranken mit gleichzeitigem Anheben des Kopfkissens, ferner das Umfassen des Nackens der auf dem Bettrande sitzenden Pflegeperson beim Aufsetzen des Kranken zur ärztlichen Untersuchung, dann das kunstgerechte Aufheben und Umbetten des Kranken durch eine, zwei oder drei Pflegepersonen, das Unterstützen gelähmter oder hinkender Kranker beim Gehen durch Nachhilfe auf der gesunden Seite, das Führen und Tragen der Kranken über Treppen und ähnliches mehr. Abgesehen von diesen wichtigen Beihilfen, wie sie die personelle Krankenwartung bietet, stehen jedoch auch eine grosse Reihe technischer materieller Vorrichtungen und Apparate zu Gebote, welche sorgfältig für die Unterstützung der Krankenbewegung angegeben und ersonnen sind, und welchen wir hier eine etwas eingehendere Aufmerksamkeit zuwenden wollen.

Die activen Bewegungen Kranker sind im Grossen und Ganzen gegenüber den Bewegungen gesunder Menschen überhaupt wesentlich beschränkt; denn selbst die meisten leichter Kranken, welche nicht dauernd an das Bett gefesselt sind und sich in den Tageräumen der Hospitäler oder im Garten aufhalten dürfen, bedürfen erheblicher Ruhe und Schonung. Immerhin aber ist es doch zweckmässig, einen Unterschied zu machen zwischen den eigentlichen Schwerkranken, den dauernd bettlägerigen, sehr erschöpften, geschwächten und daher besonders unbehilflichen Kranken und auf der andern Seite den das Bett zeitweise oder tagüber verlassenden, umhergehenden Kranken. Während sich die activen Körperbewegungen bei der ersteren Gruppe von Kranken fast ausschliesslich auf ein Anheben des Oberkörpers oder ein kurzdauerndes Aufsetzen beschränken, verrichten die der letzteren Gruppe angehörenden Kranken schon eine Reihe erheblich grösseren Kräfteaufwand erfordernder Bewegungsthätigkeiten, wie das Aufstehen aus dem Bette, das Umhergehen im Krankensaale, länger dauerndes Aufsitzen in Krankenstühlen, mit Treppensteigen verbundenes Aufsuchen des Gartens etc. Je geringere Anstrengungen die Ausführung aller dieser Thätigkeiten erfordert, je bequemer und leichter ihre Vollziehung dem Kranken gemacht wird, um so weniger leicht ist ein schädigender Einfluss derselben zu befürchten, und um so eher werden derartige Bewegungsthätigkeiten dem Reconvalescenten, zu dessen psychischem Wohlbefinden sie häufig wesentlich beitragen, gestattet werden können. Aehnliche Erwägungen also, wie sie bereits in den vorhergehenden Capiteln dargelegt wurden bei der Besprechung der Hilfsmittel für die Lagerung, die Kleidung, die Entleerungen der Kranken etc., sind die Veranlassung gewesen, auch die activen Körperbewegungen der Kranken durch geeignete technische Hilfsmittel zu unterstützen und zu fördern. Einfache Vorrichtungen, welche diesen Zweck verfolgen, sind die sog. „Kranken-Aufrichter“, welche, wie ihr Name besagt, dazu dienen, dem in Bettrückenlage

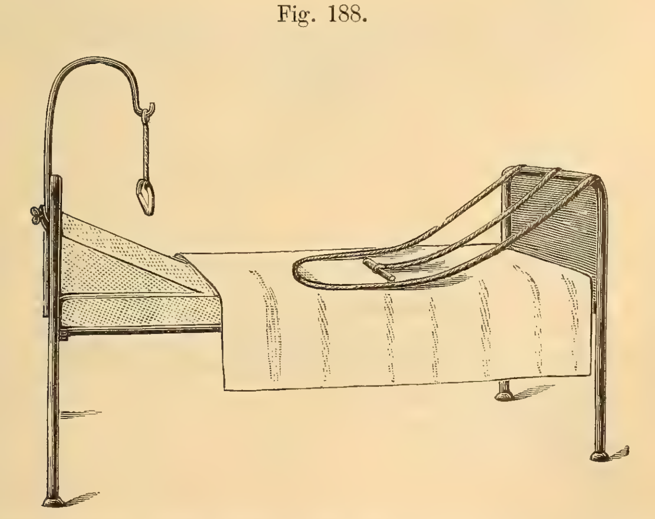
liegenden schwachen Kranken das Aufrichten des Oberkörpers zu erleichtern oder überhaupt zu ermöglichen. Diese Apparate, welche mehr und mehr in die grösseren Hospitäler sowohl wie in die Privatpflege Eingang gefunden haben, bestehen gewöhnlich aus einem ca. 1,5 m langen geflochtenen Seil oder Lederriemen, der in der Mitte der am Fussende des Krankenbettes angebrachten Einsatzplatte befestigt ist und an dessen freiem Ende ein mit Leder oder Gummi überzogener Metallring oder auch ein Querholz angebracht ist, an dem der Kranke sich mit den Händen emporheben kann (Fig. 188). Weniger zweckmässig ist es, wenn solche Vorrichtungen von der Decke des Krankenraumes herabhängen, weil beim Gebrauch derselben die Muskelanstrengung eine grössere ist und die Unterstützung, die dem Kranken geboten wird, infolge der veränderten Zugrichtung vermindert wird. Diesen Apparaten nahestehend sind die vor Kurzem von Ohrtmann angegebenen „Kranken-Handhaben“, welche den schwachen Kranken das Ergreifen des Taschentuches und anderer von ihm gebrauchter Utensilien erleichtern sollen. Diese Geräthe bestehen aus einem schmalen, wagerechten Brettchen, das seitlich vom Kopfende des Krankenbettes an der

Fig. 187.



Kranken-Handhabe nach Ohrtmann.

Fig. 188.

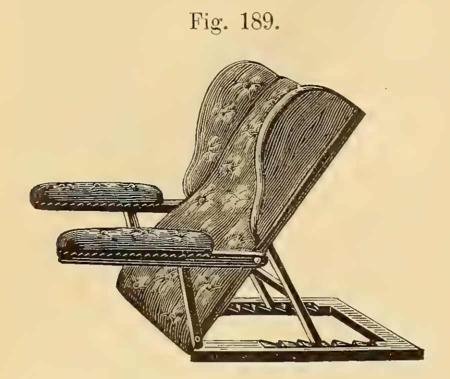


Krankenbett mit verschiedenen Apparaten zum Aufrichten der Kranken.

Wand befestigt wird und von dem mehrere parallele Gurte, die in Ringe endigen, zu dem Kranken herabhängen; die Ringe dienen zum Befestigen von Taschentuch, Handtuch etc., welche Gegenstände so dem Kranken stets in nächster Nähe und bequem erreichbar dargeboten werden (Fig. 187). Auch andere Formen von „Kranken-Aufrichtern“ sind in Gebrauch, einfache Stricke, welche an beiden Enden Schlingen tragen,

die über die beiden Bettpfosten des Fussendes gestreift werden, während der Kranke dann die Mitte des Seiles mit der Hand ergreift, um sich daran aufzurichten. Dieses Geräth lässt sich in der Noth in einfacher Weise auch aus zwei Handtüchern improvisiren, die an den Bettpfosten angebunden werden.

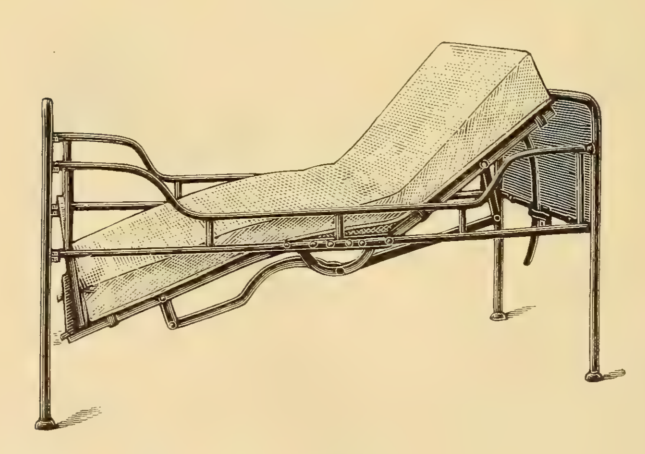
Fig. 189.



Verstellbare Rückenstütze mit Armlehnen.

Zum Aufrichten der Kranken können sodann auch in zweckmässiger Weise die sog. „verstellbaren Keilrahmen“ verwendet werden, die wir schon bei der Lagerung der Kranken eingehend erwähnt haben. Jedoch ist bei ihrer Anwendung stets die Mithilfe der Krankenwartung erforderlich, mit Ausnahme des von Bradt construirten „leicht verstellbaren Keilkissens“ (vgl. pag. 74), bei dem die Möglichkeit gegeben ist, dass der Kranke selbst durch Drehung einer Kurbel sich ohne grosse Anstrengung allmälig aufrichtet. Um den bereits in die sitzende Stellung gebrachten Kranken in dieser längere Zeit zu erhalten, ohne ihn zu sehr ermüden zu lassen, können ihm

Fig. 190.

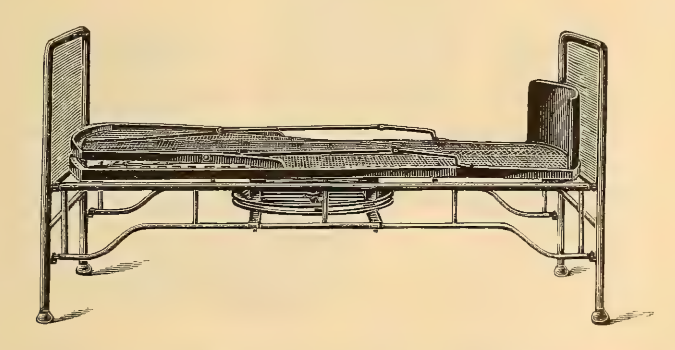


Mechanisches Krankenbett zum Aufsetzen schwacher Kranker.

mannigfache Unterstützungsmittel dargeboten werden, deren hauptsächlichste Vorzüge bereits weiter oben geschildert wurden; in erster Linie kommen hier die Keilrahmen, Rückenlehnen und Rückenstützen in Betracht, wie sie in verschiedenartigster Ausführung vorhanden sind. Als

besonders empfehlenswerth können auch die neuerdings construirten Rückenstützen mit Armlehnen für bettlägerige Krankn bezeichnet werden; allerdings dürften sie für den Hospitalgebranch zu theuer sein, indess mag ihre grosse Bequemlichkeit für den Kranken ihre Erwähnung rechtfertigen (Fig. 189). In der Noth muss man ja auch mit einer Vermehrung der Kopfkissen oder einem verkehrt hinter den Kranken gestellten Stuhl zufrieden sein. Besonders practisch, wenn auch recht kostspielig, sind die sog. „mechanischen Krankenbetten", welche heutzutage mehr in Anwendung gekommen sind als früher, wo sie ausschliesslich von den Wohlhabendsten ihres hohen Preises wegen in Gebrauch gezogen werden konnten; diese Geräthe ermöglichen schwachen, im Bette liegenden Kranken ein sehr schonendes Uebergehen in die sitzende Position und ein sehr bequemes und wenig ermüdendes Verharren in derselben für längerere Zeit. Das Princip der mechanischen Krankenbetten haben wir bereits bei der Betrachtung der technischen Hilfsmittel für die Darm-

Fig. 191.

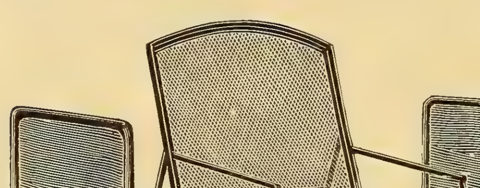


Mechanisches Krankenbett mit horizontal rotirender Stahldrahtmatratze.

entleerungen der Kranken kennen gelernt: die Einrichtung, dass durch einen geeigneten Mechanismus mit Ketten- oder Zahnstangen-Uebertragung gleichzeitig sich das Kopfende des Bettbodens allmälig hebt, während sich das Fussende desselben senkt, ohne dass der Kranke irgend welche active Muskelthätigkeit zu entfalten braucht; vielmehr wird sein Rücken nach und nach emporgerichtet und dann dauernd in horizontaler Position unterstützt, während das Becken auf dem mittleren Theil der Matratze in Ruhe bleibt und die Füsse, im Knie gebeugt abwärts gerichtet werden und am Fussende einen geeigneten Stützpunkt finden (Fig. 190). Deutet schon die Construction dieser „mechanischen Krankenbetten" auf einen hochentwickelten Stand der technischen Hilfsmittel des Krankencomforts, so ist man doch neuerdings in der Herstellung derartiger Apparate noch einen Schritt weiter gegangen und hat mit Erfolg auch das Problem in Angriff genommen, ein Krankenbett zu construiren, dessen Mechanismus es gestattet, den Kranken aus der ruhigen Rückenlage nicht nur in die

aufrecht sitzende Stellung zu bringen, ohne seine active Muskelthätigkeit in Anspruch zu nehmen, sondern ihm auch das Aufstehen aus dem Bette in erheblichem Maasse zu erleichtern. Diese neueste Art mechanischer Krankenbetten bringt den Kranken unmittelbar aus der Rückenlage in eine Position, in der er aufrecht seitlich auf dem Bettrande sitzt, ohne dass er, um in die neue Stellung zu gelangen, auch nur ein Glied zu rühren braucht (vgl. Deutsche Krankenpfl.-Zeitung. 1898. pag. 165). Das Geräth ist in der Weise construirt, dass eine feste Stahldrahtmatratze, deren Kopfende elevirbar ist, während das Fussende, mit einer Stützvorrichtung versehen, sich senkt, um einen unbeweglichen Punkt im Centrum des Krankenbettes drehbar angebracht ist, so dass es möglich ist, durch einen einfachen Handgriff den Kranken in die erwähnte Sitzstellung zu bringen (Fig. 191 u. 192). Leider sind diese sehr leistungs-

Fig. 192.



Mechanisches Krankenbett mit horizontal rotirender Stahldrahtmatratze. Der Mechanismus in Thätigkeit.

fähigen und nützlichen Krankenbetten nur zu einem ziemlich hohen Preise herzustellen, weshalb sich vorläufig ihre Verwendung in Anstalten auf Privatkliniken und Sanatorien für wohlhabende Kranke beschränken muss.

Von technischen Hilfsmitteln für die active Bewegung aufstehender Kranker haben wir zunächst die als Krücken oder Krückstöcke bezeichneten Geräthe zu nennen, welche in sehr mannigfacher Ausführung, sowohl den einfachen als verwöhnten Ansprüchen Rechnung tragend, in Gebrauch kommen. Zumeist haben sie die Form eines Stockes, der im Ganzen etwa anderthalb mal so lang ist als ein gewöhnlicher Spazierstock, sind aus festem Holze gearbeitet und werden unter der Achsel als Stütze beim Gehen verwendet. Da sie eine ziemlich bedeutende Last auszuhalten haben, werden sie so eingerichtet, dass sich der verticale Krückenstab nach oben hin in zwei Theilstöcke gabelt, deren obere Enden

durch ein schmales horizontales Querholz verbunden sind; hierdurch wird eine bessere Vertheilung resp. Verminderung der Körperlast erreicht, welche dem Geräth grössere Haltbarkeit verleiht. Das obere Querholz wird zweckmässig mit einem nach oben etwas concaven Achselpolster belegt, welches den Gebrauch dieser Hilfsmittel bedeutend erleichtert und angenehmer macht (Fig. 193). Neuerdings wird das Achselpolster auch häufig durch einen die beiden Stabenden verbindenden freien Lederriemen ersetzt, der sich vermöge seiner Nachgiebigkeit und Schmiegsamkeit der Achselhöhle besonders gut anpasst und den lästigen Druck beim Gehen verringert (Fig. 194). Von Werth ist auch, dass darauf geachtet wird, dass das untere Ende der Krücke mit einem elastischen Gummiknopf versehen ist, da durch diesen das unangenehme Aufstossen auf den Fussboden bei der Vorwärtsbewegung gemildert wird. Die gleiche Einrichtung ist auch bei der Verwendung der Krückstöcke, modificirter Spazierstöcke, die sich durch stärkere Bauart und eine besonders festgefügte Querkrücke, die auch durch ein Handpolster ersetzt werden kann, auszeichnen, erforderlich. Bei der Verwendung dieser Hilfsmittel für die active Vorwärtsbewegung Kranker ist darauf zu achten, dass sie stets in erster Linie auf der gesunden Seite getragen werden müssen, um dem Körper den nöthigen Halt zu geben. Jedoch benutzen viele Kranke, besonders solche, welche die Geräthe nicht nur anwenden, um ihrem Körper der vorhandenen allgemeinen Muskelschwäche halber eine Stütze zu geben, sondern deren Extremitäten auf der einen Seite gelähmt oder infolge chirurgischer Eingriffe (Amputationen etc.) nur noch unvollkommen leistungsfähig sind, an beiden Seiten je eine Krücke, die sie in die Achseln einstellen, um dem Körper in grösserem Maasse geeignete Unterstützungspunkte zu bieten. Die mit Handpolster versehenen Krückstöcke dienen besonders auch dazu, schwächlichen, gebückt gehenden Reconvalescenten in zweckmässiger Weise vorwärts zu helfen, indem der Kranke sich mit beiden Händen gleichzeitig auf den Stock stützt und so dem Körper einen Ruhepunkt giebt, ehe er weiter vorwärts schreitet (Fig. 197). Ganz ähnliche Zwecke verfolgen die besonders in Krankenanstalten verbreiteten Gehbänkchen, welche den sog. „Bauerntischchen“ vergleichbar hergestellt sind und aus einem auf vier nach oben convergirenden Holzstäben befestigten schmalen Brettchen bestehen, das seitlich zwei Handhaben trägt (Fig. 198). Diese einfachen Hilfsgeräthe haben sich als ausserordentlich zweckmässig bewährt und können daher als werthvolle Hilfsmittel des Krankencomforts bezeichnet

Fig. 193.



Krücke mit Achselpolster für umhergehende Kranke.

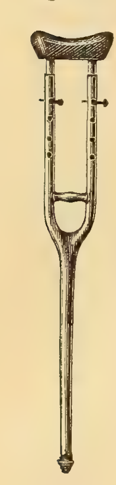
Fig. 194.



Krücke mit freischwebendem Riemen.

werden. Diesen Vorrichtungen stehen am nächsten die sog. Kranken-Lauf- und Gehstühle, deren es verschiedene Systeme giebt, welche jedoch ziemlich auf dem gleichen Princip beruhen. Ein sehr empfehlenswerthes Geräth dieser Art ist der von Albers beschriebene Laufstuhl für Gehübungen (vgl. Zeitschr. f. Krankenpfl. 1894. pag. 371), welcher sich in erster Linie bei der Nachbehandlung consolidirter Fracturen, resecirter Gelenke der unteren Extremitäten u. dgl. als auch überhaupt bei der Vornahme der ersten Gehversuche seitens schwacher und unbehilflicher Kranker als sehr brauchbar erwiesen hat. Die Construction dieses Unterstützungsapparates ist eine derartige, dass ein grosser, quadratisch geformter, hinten offener Holzrahmen, der auf vier mit elastischem Gummiring belegten Rollen läuft, die Basis bildet. Die Rollen gestatten, da ihre horizontalen Axen sich um verticale Zapfen drehen, jede beliebige Bewegung des Rahmens in der Ebene. Mit diesem grösseren Rahmen ist durch vier Streben ein kleinerer ähnlich geformter Rahmen verbunden, welcher verstellbare, gepolsterte Armstützen trägt. Beim Gebrauch tritt der Kranke von hinten in den Laufstuhl, legt die Vorderarme auf das vordere Brett des oberen Rahmens und ergreift dieses selbst mit den Händen, während die Armstützen eingestellt und unter die Achselhöhlen geschoben werden. Der Kranke schiebt nun beim Gehen den Stuhl vorwärts und hat es in der Gewalt, durch mehr oder weniger starkes Auflehnen auf die Armstützen und den oberen Rahmen das kranke Glied zu entlasten und letzterem allmälig einen Theil des Körpergewichtes zu übertragen. Die Kranken gewinnen bei Benutzung dieses Geräthes ziemlich schnell die nöthige Sicherheit, um dann an Stelle des Laufstuhles bequemere Stützmittel, wie Krücken und Stöcke verwenden zu können, mit denen sie sich unabhängiger zu bewegen und namentlich auch Treppen zu steigen vermögen (Fig. 199). Um dem Kranken bei der Benutzung ein zeitweises Ausruhen in sitzender Stellung zu ermöglichen, kann event. in den Laufstuhl ein Sitzgurt eingehängt werden; auch zusammenklappbare Geräthe dieser Art sind hergestellt worden, welche ihren Transport wesentlich erleichtern. Bemerkt sei hier noch, dass für Krankenanstalten die neuerdings angegebenen verstellbaren Krücken besonders zu empfehlen sind, da dieselben bei Personen verschiedenster Grösse Verwendung finden können und so die Anschaffung vielfacher Krückenpaare ersparen (Fig. 195). Schliesslich sei erwähnt, dass von Mendelsohn

Fig. 195.



Verstellbare Krankenkrücke

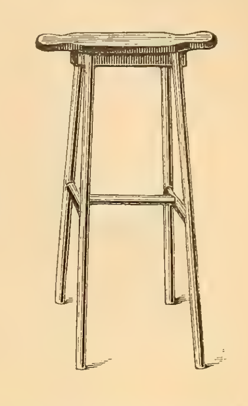
Fig. 196. Fig. 197.



Stützstöcke für umhergehende Kranke (mit Krücke und Handpolster).

in letzter Zeit sehr zweckmässige Krankenkrücken mit elastischer Federung und Metallscharnier construirt worden sind, welche dazu bestimmt sind, schwache Kranke nicht nur beim Gehen zu unterstützen, sondern ihnen auch beim Sicherheben vom Krankenstuhl zur aufrechten Stellung wirksam zu Hilfe kommen.

Fig. 198.



Gehbänkchen für umhergehende Kranke.

Zahlreich sind die Geräthschaften des Krankencomforts, welche der passiven Bewegung schwerkranker Personen dienen. Die hochgradige Unbehilflichkeit und Schwachheit dauernd bettlägeriger Kranker hat es als wünschenswerth erscheinen lassen, allerhand technische Unterstützungsmittel zu besitzen, welche es ermöglichen, die unvermeidlichen Bewegungen und Ortsveränderungen, welche mit solchen Kranken vorgenommen werden müssen, in einer möglichst schonenden, leichten und bequemen Weise zu bewerkstelligen. Vom Gesichtspunkte der wissenschaftlich geordneten Krankenpflege ergab sich nicht nur die Aufgabe, den Transport schwerkranker Personen so zu gestalten, dass unsanfte und schmerzhafte Einwirkungen, anstrengende und unbequeme Maassnahmen dabei ausgeschlossen werden, sondern auch die Forderung, alle diejenigen der Krankenpflege zugehörigen Verrichtungen und Handreichungen, welche während der Dauer der Erkrankung wiederholt auszuführen sind und eine passive Ortsveränderung des kranken Individuums, wenn auch nur für kurze Zeit, erheischen, mit grösstmöglichster Bequemlichkeit und Schonung vorzunehmen. Betrachten wir zunächst die speciell für die Zwecke des Krankentransportes hergestellten Hilfsmittel, so haben wir vor allem die sog. Krankenbahren oder Krankentragen zu erwähnen, welche nothwendiger Weise in Gebrauch kommen müssen, wenn es sich darum handelt, schwerkranke Personen über eine längere Wegstrecke hin zu befördern. Da das Krankentransportwesen, soweit es sich im öffentlichen Verkehr abspielt, mit allen seinen Einrichtungen in einem besonderen Capitel dieses Handbuches eine eingehende Darstellung erfährt, so sind hier Krankentransporte nur insofern in den Kreis der Betrachtung zu ziehen, als sie

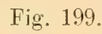
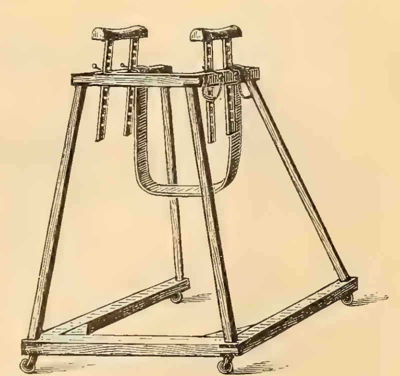


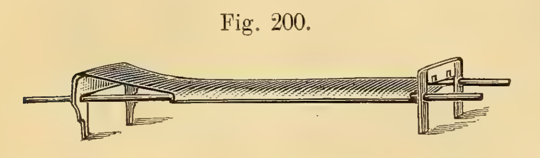
Fig. 199.



Laufstuhl für sich im Gehen übende Kranke.

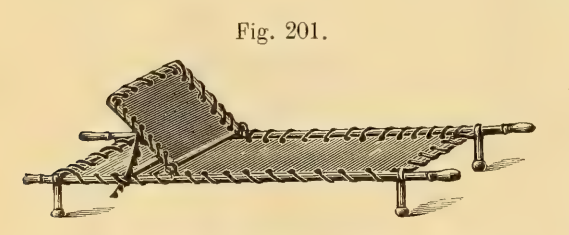
innerhalb der eigentlichen Krankenräume und der Krankenanstalten vor sich gehen. Es handelt sich hier vor allem um die Beförderung Kranker von einem Krankensaale in den andern, vom Krankenbett zum Operationssaal, von einem Stockwerk des Krankenhauses in ein anderes, vom Krankensaal aus in den Garten und Aehnliches. Streng genommen gehört auch das Ueberbringen eines Kranken aus einem Bette in ein anderes in demselben Raume befindliches hierher, wie es häufig bei der Pflege zum Zwecke des Umbettens vorgenommen werden muss. Doch bedient man sich meist zu diesen kürzesten Krankentransporten keiner besonderen technischen Vorrichtungen, sondern begnügt sich mit der sachgemässen Anwendung der bezüglichen Handgriffe durch die Krankenwartung. Handelt es sich hingegen um eine länger dauernde Beförderung, so würde selbst ein noch, so geschicktes und behutsames manuelles Tragen doch den Kranken zu sehr anstrengen und Erschütterungen nicht in hinreichendem Maasse von seinem Körper fernhalten und daher kommen hier die Transportgeräthe allgemein zur Verwendung. Die als Krankenbahren oder Krankentragen bezeichneten Geräthe bestehen in ihrer Urform aus zwei langen parallelen Holzstangen, welche durch zwei kürzere Querstäbe in ihrer Lage zu einander erhalten werden. Der entstehende rechteckige Zwischenraum innerhalb des gebildeten Holzrahmens, gewöhnlich ca. 2 m lang und 60—70 cm breit, ist mit Segeltuch bespannt, welches eine geeignete Unterlage für den Kranken bildet. Die vier freien Enden der beiden langen Stangen werden von den tragenden Personen als Handhaben benutzt, so zwar, dass der eine Träger am Kopfende der Bahre, der andere am Fussende mit beiden Händen zugreift. Wichtig ist es, dass die Tragen gut gefügt sind und die nöthige Festigkeit besitzen, damit sie das Gewicht des auf ihnen lastenden Körpers aushalten; andererseits dürfen sie nicht zu schwer sein, weil ihre Handhabung dem Pflegepersonal sonst zu unbequem sein würde. Auch bei der Verwendung der Tragbahren ist grosse Vorsicht und Behutsamkeit nöthig, um Erschütterungen, die dem Kranken ausserordentliche Nachtheile bringen können (Blutungen, Schmerzen etc.), zu vermeiden. Bekannt ist die Regel, dass die Träger stets gleichen Schritt halten sollen, um ein Hin- und Herschwanken der

Fig. 200.



Aeltere einfache Krankentrage aus Holz mit Segeltuchbezug.

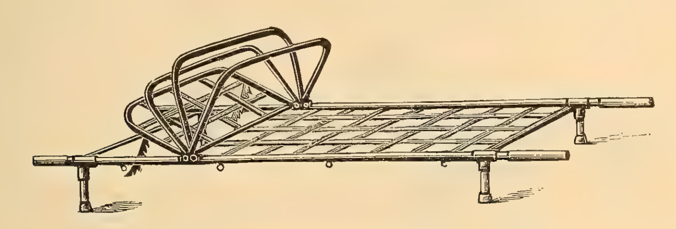
Fig. 201.



Moderne Hospitaltragbahre aus Eisen mit Bezug von abwaschbarem Ledertuch (Azella).

Bahre auszuschalten. Der Kopf des Kranken wird stets etwas erhöht, am einfachsten durch ein Querpolster oder eine Kopfrolle; so wird ein unerwünschter Blutafflux nach dem Gehirn zweckmässig vermieden. In den letzten Jahren sind auch die Krankentragbahren in mannigfacher Weise vervollkommnet worden, immer von dem Gesichtspunkt aus, dem

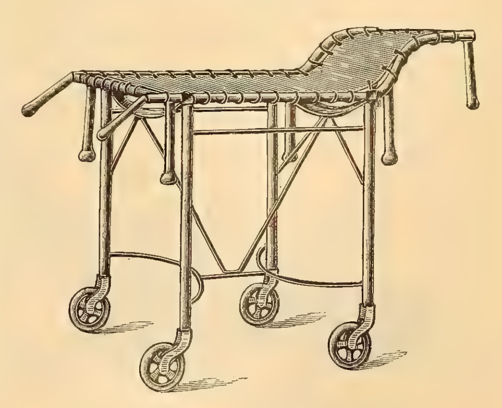
Fig. 202.



Krankentragbare mit verstellbarem Kopftheil, Verdeck und Bandeisenboden nach Merke.

Kranken ein möglichst hohes Maass von Bequemlichkeit und rücksichtsvoller Schonung zu bieten. Zunächst hat das Bestreben eine wünschenswerthe leichte Desinficirbarkeit dieser Geräthe zu erzielen, dazu geführt, dieselben, wenigstens soweit sie in Krankenanstalten Verwendung finden, neuerdings nicht mehr aus Holz, sondern aus Metall (Gasrohr) herzustellen, das zweckmässiger Weise Oelfarbenanstrich erhält. Besonders empfehlenswerth, wenn auch ziemlich theuer, sind ihrer Leichtigkeit und Haltbarkeit wegen die aus nahtlosen Stahlröhren (Mannesmannrohr) hergestellten Tragbahren. Um das Gewicht und damit die Handhabung der Bahren zu erleichtern, sind in jüngster Zeit derartige Geräthe auch aus Aluminium und Malacca-Rohr construirt worden, welche sich gleichfalls gut zu bewähren scheinen. Um die Festigkeit der Geräthe zu erhöhen, hat Merke vorgeschlagen, den Bahrenboden aus gekreuzten Bandeisen, auf welche eine wollene Decke gelegt wird, zu bilden. Merke hat auch, um dem Kranken beim Transport eine möglichst bequeme Lage geben zu können, Tragbahren herstellen lassen, bei welchen das Kopftheil vermittelst einer

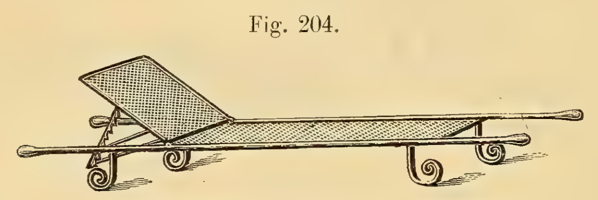
Fig. 203.



Fahrbare Krankenbahre mit herabzuklappenden Handgriffen.

Zahnstange in beliebigem Grade hochgestellt werden kann (Fig. 202). In Krankenanstalten gut zu verwenden sind ferner die sog. fahrbaren Krankentragen, welche einen ausserordentlich schonenden Transport ermöglichen. Die Bahre wird hier auf ein ca. 1 m hohes eisernes Untergestell aufgesetzt, dessen vier Füsse auf allseitig drehbaren, mit Gummi belegten Rädern laufen. Um ein Anstossen der Tragbahren an die Wände während des Transportes, besonders beim Passiren enger Räumlichkeiten (schmale Corridore und Treppen mit kurzen Biegungen) möglichst zu vermeiden, sind Tragbahren in Gebrauch, deren Handgriffe um-

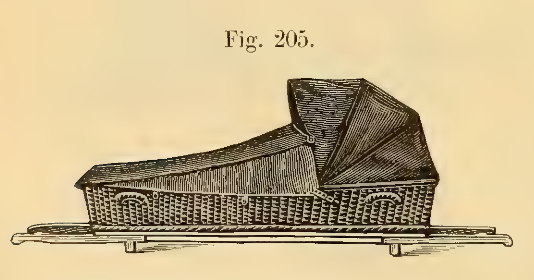
Fig. 204.



Krankentragbahre mit federnden Füssen.

geklappt werden können, so dass die Geräthe weniger Raum beanspruchen. Um ein dem Kranken schädliches heftiges Aufstossen der Bahre auf den Fussboden beim Niedersetzen derselben zu verhüten, sind Krankentragen angegeben worden, deren Füsse aus gebogenen, federnden Metallbändern bestehen. Um dem Kranken während des Transportes unangenehme Anblicke aus der Umgebung und ihn selbst den Blicken neugieriger Zuschauer zu entziehen, sind Krankentragen zur Verfügung, an deren Kopftheil ein mit Segeltuch bespanntes, verstellbares Verdeck angebracht ist. Von den gleichfalls meist mit Verdeck versehenen, früher vielfach auch in Krankenanstalten verwendeten, aus Weidengeflecht hergestellten sog. Krankenkörben ist man jetzt ganz abgekommen, da diese Geräthe sich nur mangelhaft reinhalten lassen. Erwähnt seien hier noch die neuerdings vielfach empfohlenen Sitztragbahren, deren parallele Längsstangen entsprechend der Körperform des sitzenden Kranken an mehreren Stellen winklig geknickt sind, wodurch dem Kranken, der in halb sitzender Stellung auf ihnen ruht, eine sehr bequeme Lagerung dargeboten wird, da er hier sowohl eine geeignete Rückenlehne als auch eine angenehme Beckenlagerung, sowie Unterstützung in den Kniekehlen und an den Fusssohlen findet (Fig. 206). Diesen Geräthen stehen die Krankenbahren nahe, bei welchen nach Art der mechanischen Krankenbetten (vgl. pag. 154) das Kopftheil, die Rückenlehne bildend, emporgeklappt werden kann, während sich gleichzeitig

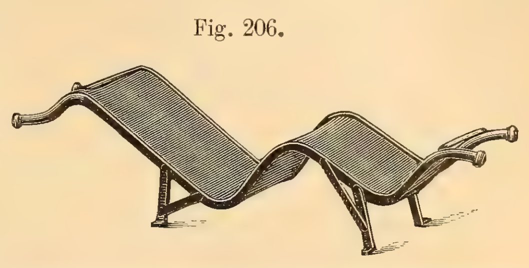
Fig. 205.



Krankenkorb aus Weidengeflecht.

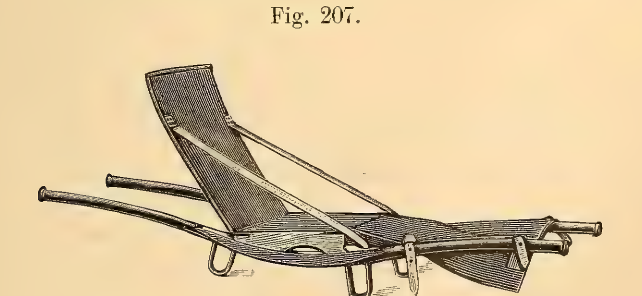
das mit Sohlenstützbrett versehene Fusstheil herabsenkt (Fig. 207). Eine Anzahl von Tragbahren sind so eingerichtet, dass sie für die Zeit, wo sie ausser Gebrauch sind, vollkommen zusammengeklappt werden können, so dass sie dann nur sehr wenig Raum einnehmen; derartige Bahren sind jedoch für den Hospitalgebrauch weniger geeignet, bewähren sich jedoch aufs Vorzüglichste in der Militär-Krankenpflege. Von Wichtigkeit ist es, darauf zu achten, dass der Kranke beim Transport hinreichend warm bekleidet sei, insbesondere in Hinsicht auf die leichte Bauart der Transportgeräthe und die beim Raumwechsel meist nöthige Beförderung durch Luft verschiedener Temperatur (zugige Corridore!). Es ist nicht nur nöthig, eine dicke Wolldecke dem Kranken unterzulegen, sondern ihn auch von oben her mit doppelter Friesdecke einzuhüllen, da gerade aus der Bettwärme kommende Kranke sich besonders leicht erkälten. Besondere Vorsicht erfordert der Transport über Treppen. Schwankungen der Bahren werden sich hierbei nicht ganz ausschalten lassen, doch können Stösse und Erschütterungen des Kranken vermieden

Fig. 206.



Tragbahre für halbsitzende Stellung mit gebeugtem Knie.

Fig. 207.



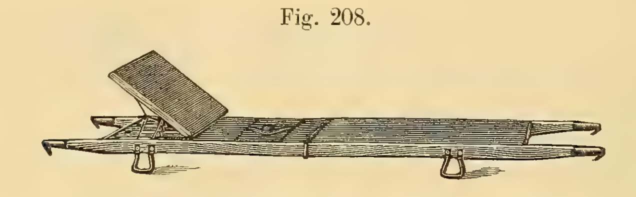
Mechanische Krankentragbahre.

werden, wenn die tragenden Pflegepersonen gut Tempo halten. Der Kopf des Kranken muss sich beim Treppentransport stets auf höherem Niveau befinden als die Füsse; daher schreitet der Träger des Bahren-Kopfendes beim Aufwärtssteigen voran, beim Abwärtssteigen hinterher. Für den Treppentransport sind besondere Tragstühle angegeben worden; dieselben sind aber nur bei solchen Kranken anwendbar, welche längere Zeit aufsitzen dürfen, eignen sich also vornehmlich für fortgeschrittenere Reconvalescenten und den Transport in den Garten. Die Treppentrag-

-stühle sind den erwähnten mechanischen Krankentragen ähnlich; sie bieten beim Gebrauch dem Kranken die Annehmlichkeit, dass die Schrägstellung der Geräthe beim Passiren der Treppen vermieden wird, indem bei ihrer Construction darauf Bedacht genommen wird, die am Kopfende befindlichen Handhaben entsprechend höher anzubringen als die am Fussende befindlichen (Fig. 209). Werden die Treppentragstühle gleichzeitig an den Füssen mit Gummirädern versehen, so können sie dazu dienen, den Kranken nicht nur in den Garten zu überbringen, sondern ihn auch daselbst weiterhin spazieren zu fahren, ohne dass ein Wechsel des Transportmittels nöthig wird. Wo wenig pecuniäre Mittel zur Verfügung sind, behilft man sich wohl auch mit geeignet gebogenen eisernen Stäben zum Zwecke des Treppentransportes, die an gewöhnliche Krankenstühle beiderseits angeschraubt werden und so die Anwendung besonderer Tragstühle überflüssig machen können.

In den letzten Jahren ist in den grösseren Krankenanstalten die Verwendung der verbreitetsten Transportgeräthe für Kranke, der Tragbahren und Tragstühle, durch die Einführung zweier neuer technischer

Fig. 208.

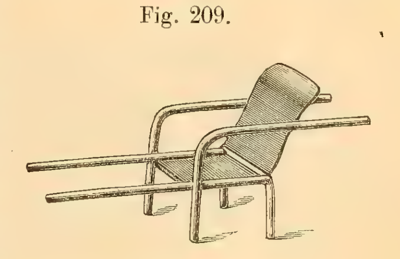


Zusammenlegbare Tragbahre für Feldlazarethe.

Beförderungsmittel wesentlich eingeschränkt worden, nämlich des die verschiedenen Hospitalstockwerke verbindenden Fahrstuhls (Lift) und der sog. Krankenbettfahrer. Die mannigfachen Unbequemlichkeiten des Bahrentransportes, insbesondere das wiederholt nöthige Umbetten des Kranken vom Bett zur Bahre, von der Bahre zum Operationstisch und vice versa sowie die Inanspruchnahme zweier Pflegepersonen, die für diese Art des Transportes benöthigt werden, hat Veranlassung gegeben, auf eine Vereinfachung und Vervollkommnung der Beförderungstechnik zu sinnen und auch hier dazu geführt, durch geeignete mechanische und maschinelle Hilfsgeräthe sowohl für den Kranken als das Personal eine sehr bequeme und gesicherte Methode zu gewinnen. In fast sämmtlichen grösseren modernen Krankenhäusern sind die einzelnen Stockwerke gegenwärtig durch senkrechte Fahrschachte mit einander verbunden, in welchen Fahrkammern laufen, die genügend gross sind, um ein ganzes Krankenbett sammt Begleiter aufzunehmen, und durch hydraulische Kraft oder Electricität gehoben und gesenkt werden. Natürlich sind derartige technische Einrichtungen, welche bereits bei der Erbauung neuer grösserer Krankenanstalten als unerlässlich angesehen werden, von erheblicher Kostspieligkeit und erfordern eine besondere Etatbelastung von 10000 bis

20000 Mark; sie bedeuten aber eine so ausserordentliche Annehmlichkeit im Anstaltsbetriebe und eine so weitgehende Verbesserung speciell in Bezug auf die Krankenbeförderung, dass diese Vortheile den grossen Kostenaufwand wettmachen. In erster Linie stehen hierbei die Vortheile, welche den zu überbringenden Kranken selbst erwachsen, wie sie in grösseren Anstalten bei dem häufig nothwendigen Verlegen von Kranken auf andere Stationen, der Beförderung zum und vom Operationssaal (bei dem klinischen Unterricht dienenden Anstalten auch zum und vom Hörsaal), vom Aufnahmezimmer zum Krankensaal etc. sich ergeben. Alle diese sich innerhalb der Anstalten vollziehenden Transporte lassen sich jetzt in einer so schonenden Weise ausführen, dass der ruhig in seinem Bette liegende Kranke die Bewegungen der Ortsveränderung „kaum empfindet". Wesentlichen Antheil an diesem Fortschritt hat auch die Einführung der „Krankenbettfahrer". Es sind dies Hilfsgeräthe, welche eine Ortsbewegung des ganzen Krankenbettes sammt dem darin ruhenden Kranken ermöglichen, ohne den Kranken irgendwie zu belästigen, ihn selbst in anstrengender Weise zu bewegen und ihn schädlichen Erschütterungen auszusetzen. Die auf mit Gummireifen belegten Rädern laufenden Apparate werden sachgemäss an der Bettstelle befestigt, während diese gleichzeitig etwas vom Fussboden elevirt wird, und nunmehr gelingt es, das Bettgestell unhörbar und sanft an den neuen Bestimmungsort zu rollen. Durch die vereinigte Anwendung von Bettfahrer und Lift wird ein derartiger Transport durch sämmtliche Anstaltsräume sowie in den Garten ausführbar. So ergiebt sich auch der weitere Vortheil, selbst sehr schwache Kranke und Reconvalescenten ohne jede Beschwerlichkeit bei geeigneter Witterung in den Garten bringen und ihnen den wohlthuenden Einfluss von Luft, Sonne und angenehmer Umgebung zukommen lassen zu können. Neuerdings sind eine Anzahl verschiedenartiger Systeme von Krankenbettfahrern angegeben worden, bei denen besonders zwei Principe sich als practisch erwiesen haben. Entweder sind die Apparate so construirt, dass sie aus zwei gleichartigen Theilen bestehen, von welchen der eine am Kopfende, der andere am Fussende des Krankenbettes, das zu diesem Zwecke an den betr. Stellen manuell angehoben werden muss, angeschraubt werden, oder die Construction ist eine derartige, dass das ganze Geräth, auf vier Rädern ruhend, unter das Krankenbett geschoben und dieses dann durch einen Schrauben- oder Hebelmechanismus elevirt und frei beweglich wird. Die erstere Art von Bettfahrern ist im Allgemeinen wohlfeiler, jedoch in der Anwendung umständlicher, weil zur Handhabung stets zwei Personen nothwendig sind, und bietet keine so sichere Gewähr für das Fernhalten von Stössen und Erschütterungen

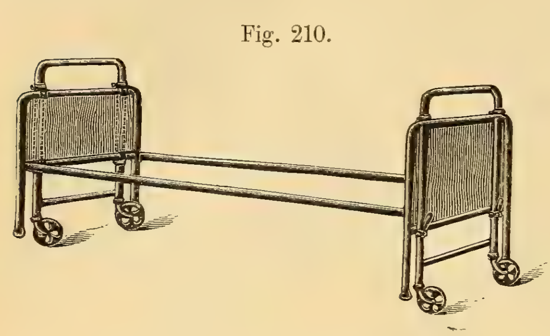
Fig. 209.



Treppentragstuhl.

während des Transportes, wie sie als ein bemerkenswerther Vorzug der zweiten Art von Bettfahrapparaten angesehen werden muss. Der letzteren Gruppe von Transportgeräthen gehören die von Lichtheim und von P. Jacobsohn angegebenen Fahrapparate fur Krankenbetten an, welche sich in der Praxis gut bewährt haben. Erwähnt sei auch noch der Apparat von Köhler, welcher aus zwei symmetrischen Theilen besteht, die von beiden Seiten unter das Krankenbett geschoben werden.

Fig. 210.

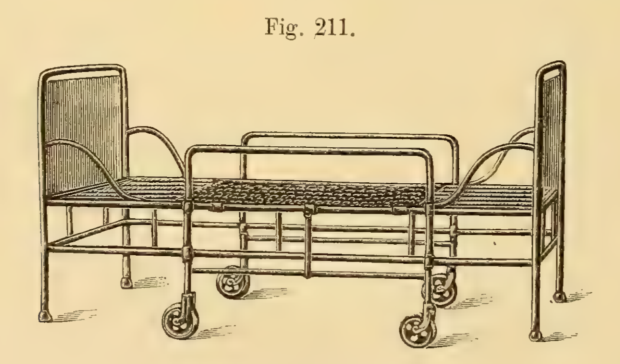


Fahrapparat für Krankenbetten.

Ganz verlassen ist jetzt die früher häufiger angewendete Methode an den vier Füssen der Krankenbetten selbst Rollen oder Räder dauernd anzubringen; die Beweglichkeit der Betten macht sich dann als eine zu grosse bemerkbar, wenn keine Ortsveränderung erwünscht ist, während sie sich als unzureichend zeigt, wenn ein Transport über eine längere Wegstrecke vor sich gehen soll (vgl. P. Jacobsohn, Beitrag z. Frage d. Krankentransports im Hospital. Hygien. Rundsch. 1898. No. 2 und Deutsche Krankenpfl.-Ztg. 1898. pag. 19).

Kranke, deren Status und Genus morbi ein längeres Aufsitzen ausser

Fig. 211.

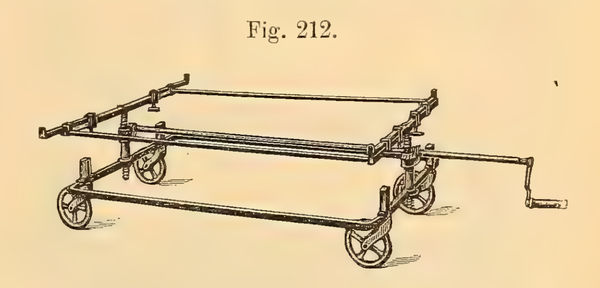


Bettfahrapparat nach Köhler.

Bett und gleichzeitig den Aufenthalt im Freien zulässt, sind in der Lage, sich in weitergehendem Maasse technischer Hilfsmittel für ihre Fortbewegung zu bedienen, welche ihnen „Promenaden“ im Hospitalgarten zu einer Zeit ermöglichen, in der an ein wirkliches Umhergehen noch nicht zu denken ist. Die hier in erster Linie in Frage kommenden Geräthe sind die transportablen Krankenfahrstühle, wie sie gegenwärtig in

der mannigfaltigsten Ausführung, einfach und höchst elegant, je nach den zur Verfügung stehenden materiellen Mitteln verwendbar, hergestellt werden. Es sind bequeme, gepolsterte Lehnstühle, mit Armlehnen und einem Ueberzug von abwaschbarem Ledertuch versehen, ähnlich den weiter oben erwähnten Ruhesesseln für Krankensäle, jedoch nicht auf Rollen, sondern, der Benutzung im Feien entsprechend, auf drei grösseren Rädern gehend. Zu erhöhter Annehmlichkeit für den Kranken sind häufig an ihnen noch verstellbare seitliche Kopfstützen, Krankentischchen, Lesepulte, Fussverdecke und Aehnliches angebracht; auch Fusswärmkästen, Friesdecken helfen der Behaglichkeit nach. An der Hinterfläche der Rückenlehne tragen diese Fahrstühle einen Handgriff, den die Pflegeperson ergreift, welche das Herumfahren des Kranken bezw. das Vorwärtsschieben des Fahrstuhles zu besorgen hat. Bei manchen Fahrstühlen ist an der Vorderseite eine Lenkstange vorhanden, welche dem Kranken zur Direction überlassen werden kann, um ihm, der sich seiner Schwäche wegen nicht activ vorwärtsbewegen kann, wenigstens eine gewisse Betheiligung an der Bewerkstelligung des Spazierenfahrens zu ermöglichen, was psychisch in günstiger Weise einwirken kann, indem der Kranke doch ein wenig Vetrauen in die eigene Kraft behält.

Fig. 212.



Krankenbettfahrer nach P. Jacobsohn.

Diesen Fahrgeräthen stehen die sog. „Selbstfahrer“ nahe, Fahrstühle für Kranke, deren untere Extremitäten gelähmt sind, und bei denen durch einen von den Händen des Kranken selbst in Bewegung gesetzten Mechanismus das Geräth vorwärtsgebracht wird. Diese Selbstfahrer eignen sich, schon ihres hohen Preises wegen, weniger für Krankenhäuser, in denen stets für geschultes Pflegepersonal zur Bedienung der Fahrstühle gesorgt ist, sondern mehr für die private Pflege besser situirter Personen, die durch ihre Benutzung die Möglichkeit gewinnen, auch ohne Ingebrauchnahme der Beine und ohne Begleitung Spazierfahrten in den Strassen vornehmen zu können; im Hospital handelt es sich ja gewöhnlich um Reconvalescenten, denen jede dauernde Muskelanstrengung, wie sie hier in Bezug auf die oberen Extremitäten erforderlich wird, schädlich und daher untersagt ist. Zweifellos aber leisten derartige Hilfsgeräthe den Kranken, für die sie sich eignen, sehr grosse und schätzbare Dienste und bilden eine wichtige Gruppe unter den technischen Unterstützungsmitteln der Krankenpflege, welche speciell der Bewegung des Kranken dienen. Schliesslich sei bemerkt, dass man heutzutage den Krankentransport im Hospital nicht nur in jeder Weise durch Zuziehung möglichst vollkommener Transportgeräthe bequem und

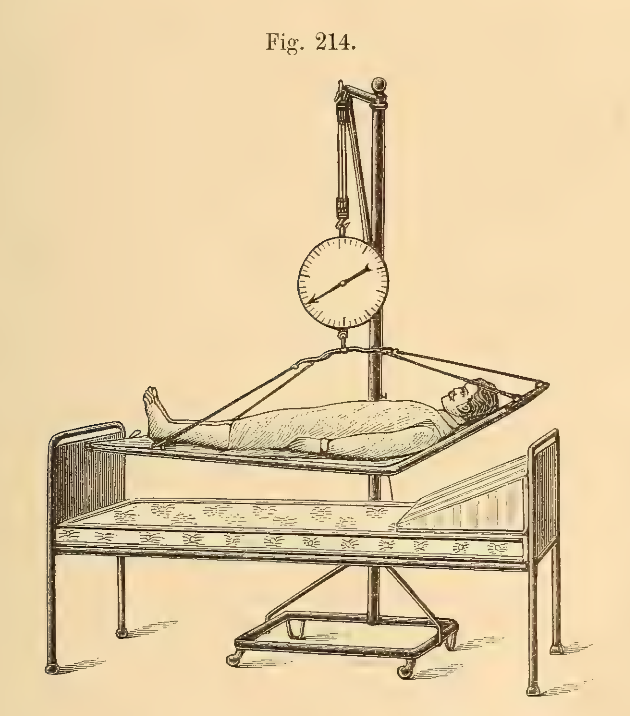
schonend zu gestalten sucht, sondern, besonders bei Schwerkranken, dahin strebt, alle Ortsveränderungen überhaupt auf ein Minimum zu reduciren und alle nothwendigen Maassnahmen, die mit dem Kranken vor sich gehen müssen und eine Translocirung desselben erforderlich machen, in möglichster Nähe des Krankenbettes zu bewerkstelligen, wie z. B. das Baden, Wägen, Umbetten des Kranken. Ja, man geht darin sogar so weit, dass man besondere Vorrichtungen construirt hat, welche gestatten, den in ruhiger Bettrückenlage verharrenden Kranken auf rein maschinellem oder mechanischem Wege, ohne ihn mit den Händen zu berühren, ihn aufzusetzen, fortzutragen etc., für die Zwecke des Umbettens, Verbindens am Rücken, vom Bette hochzuheben, ihn an Ort und Stelle zu wägen, ihn ins Bad niederzulassen. Man bedient sich hierbei etwas complicirter gebauter technischer Hilfsapparate, welche selbst die Vornahme der erwähnten, bisher allein manuell vollzogenen Hilfeleistungen in sehr schonender und prompter Weise zulassen. Für das Umbetten sind sog. Krankenhebeapparate vorhanden, welche an den Bettpfosten befestigt werden und so construirt sind, dass der Kranke, der auf einem mit parallelen Leinengurten bespannten Rahmen liegt, durch Drehung einer Kurbel ganz allmählig, während er in activer Rückenlage bleibt, vom Laken elevirt wird, so dass die nöthigen Hilfeleistungen ungestört unterhalb seines Rückens ausgeführt werden können. Ein sehr zweckmässiges derartiges Geräth ist vor Kurzem von M. Mendelsohn angegeben und beschrieben worden (Aerztl. Polytechn. 1898. pag. 153). Zur Wägung Schwerkranker sind von v. Jaksch und P. Jacobsohn besondere Krankenwaagen angegeben worden, welche einen Transport ins Wägezimmer überflüssig machen und die Vornahme der Gewichtsbestimmung gleichfalls in activer Bettrückenlage erlauben. Der v. Jaksch'sche Apparat ist eine grössere Brückenwaage, die unter das Krankenbett geschoben wird, und auf der zuerst das Bett mit dem Kranken, dann das Bett allein gewogen wird; der definitive Gewichtswerth ergiebt sich durch Subtraction der durch einen Zeiger markirten beiden Wägewerte (vgl. Verhandl. d. XV. Congr. f. innere Medicin 1897. pag. 554). Bei der von mir construirten Krankenwaage wird der Kranke, der auf

Fig. 213.

Krankenhebeapparat nach M. Mendelsohn.

einem zur Lakenspannung verwendeten Rahmen liegt, direct in Rückenlage gewogen, nachdem er durch Vermittelung eines kleinen Flaschenzuges ein wenig angehoben wurde (vgl. Deutsche Krankenpflege-Zeitung. 1899. pag. 136). Für Kranke, welche längere Zeit aufgesetzt werden dürfen, reichen die sog. Stuhlwaagen, z. B. die von Fiedler (Dresden) angegebene, die auf Rollen in die Nähe des Krankenbettes gefahren werden können, aus, während die vorerwähnten Apparate speciell für Schwerkranke (Fiebernde, Benommene, Kachectische) bestimmt sind. Einen sehr sinnreich construirten Apparat, der gestattet Schwerkranke

Fig. 214.



Krankenwaage für bettlägerige Kranke nach P. Jacobsohn.

ohne Belästigung und Anstrengung ins Bad zu bringen, hat neuerdings Merke angegeben. Die Vorrichtung ist einem Krahn ähnlich; der Kranke wird durch einen Kurbelmechanismus mit Schneckenübertragung ganz allmälig vom Bett (oder der Bahre) emporgehoben und, nachdem er in horizontaler Richtung gleichfalls durch einen Kurbelmechanismus bis unmittelbar über die obere Apertur der Badewanne dirigirt worden ist, wiederum ganz schonend und behutsam in die Wanne niedergelassen. Während der ganzen Vornahme verbleibt er in ruhiger Rückenlage, auf einem Rahmen bequem gebettet. Naturgemäss sind diese complicirter gebauten technischen Hilfsmittel des Krankencomforts auch ziemlich

kostspielig; sie eignen sich daher ausschliesslich zur Verwendung in Krankenanstalten, können hier aber ausgezeichnete Dienste leisten und dem Kranken viele Störung und Unbequemlichkeit ersparen. Gerade diese Geräthschaften, welche die Ausführung zusammengesetzter und schwieriger Bewegungen und Ortsveränderungen des Kranken in leichter und schonender Weise gestatten, sind ein in die Augen fallender Beweis für das hohe Niveau der Vervollkommnung, welches die Hilfsmittel des Krankencomforts in der Gegenwart erreicht haben.

### 5. Fürsorge für den Krankencomfort im Privathause.

In den vorhergehenden Abschnitten haben wir versucht einen eingehenderen Ueberblick über alle diejenigen materiellen Hilfsmittel der Krankenpflege zu geben, welche gegenwärtig insbesondere in den Krankenanstalten in Bereitschaft gesetzt werden können, um die unbelebte Umgebung und die von ihr auf den Kranken ausgeübten Einwirkungen so zu gestalten, wie es für einen möglichst günstigen Verlauf der Erkrankung wünschenswerth ist. Wir haben die Einrichtung und Ausstattung der eigentlichen Krankenräume, der Nebenräume, die Umgebung der Hospitäler, sowie das für specielle Maassnahmen der Krankenpflege zur Verwendung gelangende Armamentarium des Krankencomforts in seinem heutigen Niveau zu schildern gesucht und erkannt, dass die Fürsorge auf dem Gebiete des Krankencomforts im Hospitale bereits auf einem sehr hohen Standpunkt angelangt ist, dass der Umfang der materiellen Hilfsmittel ein ausserordentlich grosser geworden ist, so dass eine absolut lückenlose Beschreibung derselben kaum ausführbar erscheint und wir uns begnügen mussten, das Wichtigste und Charakteristischste herauszuheben, um einen einigermaassen vollständigen Ueberblick zu geben. Es wurde bereits weiter oben angedeutet, dass die Hospitalfürsorge auf diesem Gebiete in der Gegenwart zweifellos den Höhepunkt der Entwickelung repräsentirt und den Stand der Fürsorge im Privathause sehr erheblich überflügelt hat. Leider findet eine ausgiebigere Verwerthung und Anwendung der technischen Hilfsmittel der Krankenpflege bisher in den einzelnen Familien nur in sehr bescheidenem Maasse statt, theils weil die Kosten der Herbeischaffung dieser wichtigen Unterstützungsmittel für die Krankenbehandlung gescheut werden, theils auch, weil die Kenntniss derselben bisher sowohl bei den Aerzten als den Laien eine unzureichende war und ihr therapeutischer Werth unterschätzt wurde. Nun würde es ja eine ganz unbillige Forderung und noch dazu eine durchaus unausführbare sein, wollte man verlangen, dass in jeder Familie bei eintretender Erkrankung alle die zahlreichen und häufig ihrer complicirten Construction oder auch ihrer werthvollen Grundmaterialien halber kostspieligen Zurüstungen und Vorrichtungen angeschafft werden sollten, welche weiter oben beschrieben

worden sind. Aber es wird doch nöthig sein, die Wege ausfindig zu machen und auf ihnen fortzuschreiten, deren Betreten es ermöglicht, dass auch in der Privatkrankenpflege dem Kranken ein höheres Maass an Comfort dargeboten werden kann. Dem Wohlhabenden steht es ja heute schon jederzeit, wie auch in früheren Zeiten, frei, alle die Hilfsmittel in vollem Umfange herbeizuschaffen, welche die Wissenschaft im Bunde mit der Technik liefert. Aber bei geringeren Geldmitteln und insbesondere in der Armenpflege stösst die Zuführung derselben auf grosse Schwierigkeiten. Hier gilt es geeignete Abhilfe zu schaffen. Zunächst steht fest, dass sich in der Krankenbehandlung auch günstige Resultate erzielen lassen, ohne dass das ganze schwere Geschütz des Krankencomforts in Bewegung gesetzt wird. Man muss sich immer gegenwärtig halten, dass im Krankenhause Alles von vornherein auf die Pflege der kranken Insassen zugeschnitten ist, während im Privathause heute meist noch gar keine Vorsorge Platz gegriffen hat für den Fall, dass Jemand krank wird. Da ist es schon ein wesentlicher Fortschritt, wenn es gelingt, wenigstens stets mässigen Ansprüchen an den Comfort gerecht zu werden. Die Bereitstellung eines besonderen „Krankenzimmers“ eigens für Krankenzwecke lässt sich selbst in besser situirten Familien nicht durchführen, geschweige denn in der weniger bemittelten Bevölkerung, die doch räumlich meist sehr beschränkt wohnt. Der Arme thut zweifellos besser daran, im Krankheitsfalle eine öffentliche Krankenanstalt, die ihm alle Hilfsmittel der Krankenpflege in reichem Maasse bietet, aufzusuchen, als sich den Beschränkungen und Belästigungen zu unterziehen, die sich in seiner Behausung nicht vermeiden lassen. In den Mittelkreisen kann aber mit Recht verlangt werden, dass den Kranken wenigstens das absolut nothwendige Maass an Comfort dargeboten werde. Und in der That lässt sich auch bei beschränkteren Mitteln in dieser Hinsicht Vieles erreichen, wenn nur in der richtigen Weise Hand angelegt wird. Ist schon die Bereitstellung eines permanenten Krankenraumes unmöglich, so sollte wenigstens dafür nach Kräften gesorgt werden, den vorübergehend als Krankenzimmer in Anspruch genommenen Raum so auszuwählen und zu gestalten, dass er einigermaassen den Anforderungen der wissenschaftlichen Krankenpflege entspricht. In dieser Hinsicht ist zu wünschen, worauf schon M. Mendelsohn (Comf. d. Kranken pag. 7) hingewiesen hat, dass gerade das beste Zimmer der Wohnung als Krankenzimmer genommen wird, dass dem Kranken so ein heller Aufenthaltsort mit möglichst grossem Luftraum dargeboten wird. Auch auf die Umgebung des Krankenzimmers wird zu achten sein, damit dem Kranken nicht die ihm so nöthige und wohlthuende Ruhe fehle, für die im Krankenhause ja durch dessen Anlage und Organisation gesorgt ist, die aber im Privathause sehr häufig durch laute Nachbarschaft beeinträchtigt wird. Auf diesen Punkt, der von grosser Wichtigkeit ist, ist in der letzten Zeit wiederholt aufmerksam gemacht worden (vgl. M. Mendelsohn, l. c. pag. 14; ferner

A. Kühner, Die Ruhe als Forderung der Krankenpflege, Zeitschr. f. Kankenpfleg. 1895. pag. 376, G. A. Hawkins-Ambler, Die vornehme Kunst Kranke zu pflegen, in meiner Bearbeitung, 1897 bei H. Kornfeld in Berlin erschienen, pag. 33); an den citirten Stellen wird mit Recht hervorgehoben, dass es z. B. nicht rathsam ist, einen Schwerkranken in einem Zimmer unterzubringen, welches dicht an der Treppe oder an dem Hausflur gelegen ist, da es ohne weiteres einleuchtet, dass der Kranke durch das viele Auf- und Niederlaufen auf der Treppe sowie das häufige Oeffnen und Schliessen der Wohnungs- und Hausthür in empfindlichster Weise gestört werden muss. Ist doch ein Kranker im Allgemeinen viel empfindlicher als ein gesunder Mensch. Besonders heftig und ungünstig wirkt ein plötzlicher unerwarteter Lärm auf ihn ein, aber auch länger dauernde gleichförmige Geräusche, die an das Krankenbett dringen, können ihm unerträgliche Qualen verursachen. Laute Gespräche in der Nachbarschaft, Zänkereien auf der Treppe, Kindergeschrei, Musikübungen können ihm Kopfschmerzen machen und den ersehnten Schlaf rauben. Man wird daher, wenn dies irgend möglich ist, auch nicht ein Zimmer zum Aufenthalte für einen Schwerkranken wählen, welches neben der Küche oder neben einer Werkstätte gelegen ist, da das häufige Tellergeklapper, sowie das Klopfen und Bohren und Herumhantiren in diesen Räumen auf den Kranken schädlich einwirken kann. Auch das von der Strasse heraufdringende Geräusch kann sich oft sehr störend erweisen. Vieles Hin- und Herfahren von Wagen, besonders auf holprigem Pflaster (auf dem Lande und in kleinen Städten), vor allem aber von rasselnden und knarrenden beladenen Lastwagen, Geklingel von Pferdebahnen, Schreien und Ausrufen von Zeitungen und ähnlichen Verkaufsartikeln, Peitschenknallen und Hundegebell, das Pfeifen und Getöse benachbarter Fabriken vereinigen sich in der Grossstadt nicht selten zu einem fast unausgesetzten geräuschvollen Tondurcheinander, dessen Ertragung schon für den Gesunden ziemlich starke Nerven zur Voraussetzung hat; um wie viel mehr muss ein Kranker unter derartigen Uebelständen leiden! Es wird daher oft zu empfehlen sein, den Kranken nicht in einem Zimmer zu betten, dessen Fenster nach der Strasse zu gerichtet ist, sondern lieber in einem solchen, das nach einem ruhigen grossen Hofe oder Garten hin liegt. Im Uebrigen kann man für die Ruhe des Kranken im Privathause auch dadurch etwas thun, dass man schrilltönende Glocken in der Wohnung umwickelt, elektrische Klingeln und das Telephon ausser Betrieb gesetzt, knarrende Fenster in Ordnung bringt und die unruhigen Nachbarn freundlich bittet, einige Rücksicht auf den Kranken zu nehmen; auch ein ermahnender Zettel an der Eingangsthür wirkt Gutes. Alle diese kleinen technischen Maassnahmen und Umgestaltungen in der Umgebung des Kranken sind überall ausführbar, machen keine Kosten und sind doch im Stande dem Kranken ganz wesentliche Dienste zu leisten. Was Einrichtung und Ausstattung des Krankenzimmers selbst anlangt, so lässt sich auch in

dieser Hinsicht meist ohne grossen Geldaufwand schon viel Vortheilhaftes erreichen. Licht, gute Luft (hinreichendes Lüften) und Reinlichkeit sind auch hier, wie im Hospitale, für das Wohl des Kranken die Hauptforderungen. Ueber die Beschaffung dieser wichtigen Hilfsmittel der Krankenpflege haben wir bereits eingehende Betrachtungen weiter oben angestellt, so dass hier auf jene Erörterungen verwiesen werden kann. In diesen Punkten bestehen keine Unterschiede zwischen der Fürsorge im Hospitale und im Privathause. Nur darauf mag hier noch besonders aufmerksam gemacht werden, dass man streng darauf achte, beim Lüften auch wirklich gute Luft in das Krankenzimmer zu bekommen, nicht aber, worin leider so häufig gefehlt wird, Luft aus engen, finstern Höfen, die mit Kochgerüchen und anderen schädlichen Dünsten vermischt ist. Auch über Heizung und Beleuchtung des Krankenzimmers ist dem bereits Gesagten nichts hinzuzufügen. Auch heute noch sind für private Krankenzimmer die Kachelöfen die besten Heizvorrichtungen und eine gute Oellampe mit grossem Brenner bietet die beste künstliche Beleuchtung für diesen Raum, da sie die Luft am wenigsten verdirbt. Als Nachtlämpchen sind die kleinen auf Oel schwimmenden, auf einem Blechkreuz befestigten Dochtlämpchen am meisten zu empfehlen. Was die sonstige Ausstattung des Krankenzimmers anlangt, so gilt wie im Hospitale auch im Privathause als Grundregel, dass alle überflüssigen Gegenstände, besonders aber solche, die als Staubfänger wirken können und schwer zu reinigen sind, durchaus zu entfernen sind. Nur die für die Pflege des Kranken nöthigen Objecte haben im Krankenzimmer Berechtigung. Natürlich darf man darin nicht so weit gehen, dass schliesslich ausser dem Bette nichts mehr im Zimmer verbleibt, denn sonst würde der Aufenthaltsort einen gar zu traurigen und kahlen Eindruck auf den Kranken machen. Wenn man also auf Teppiche, Portièren, Nippes, Polstermöbel und dergleichen auch gern Verzicht leisten wird, so sind doch geeignete Wandbilder, Blumen, grüne Zweige und ähnliche den Kranken erfreuende Hilfsmittel des Krankencomforts wünschenswerth. Von Möbeln gehört ins Krankenzimmer nur das Krankenbett, ein Tisch für kleinere Utensilien der Pflege, ein bequemer Ruhestuhl für den Kranken, wenn er das Bett verlassen darf, und ein Divan fürs Umbetten. Die für bestimmte Maassnahmen der Krankenpflege hergestellten mannigfachen Apparate und Geräthschaften, die wir in den vorhergehenden Capiteln geschildert haben, lassen sich in der Privatpflege, wo sie aus materiellen Gründen nicht beschafft werden können, vielfach durch geeignete Improvisationen ersetzen. Bei der Herstellung solcher improvisirter Unterstützungsmittel ist dem Erfindungsgeist der Pflegepersonen grosser Spielraum gegeben. Durch passende Verwendung von im Haushalt vorhandenen Geräthen kann man sich häufig ganz gut behelfen, ohne kostspieligere Pflegeapparate zur Hand zu haben. Eine vollständige Schilderung aller im Einzelfalle verwendbaren Improvisationen würde uns hier zu weit führen

und wir wollen uns daher mit einigen Beispielen begnügen; so sei daran erinnert, wie im Nothfalle ein umgekehrter Stuhl eine Rückenstütze, ein vom Kopf- zum Fussende des Bettes gespannter Strick einen Eisbeutelträger, zwei an den Bettpfosten gebundene Handtücher einen Krankenaufrichter, ein Leinwandkranz ein Gummiluftkissen, ein heisser Topfdeckel eine Metallwärmflasche, eine Tasse mit darüber gestülptem Blechtrichter einen Inhalationsapparat, eine umgekehrte Weinflasche einen Irrigator, eine Theekanne eine Schnabeltasse, eine Waschschüssel eine Armbadewanne etc. ersetzen kann. Freilich darf man nicht vergessen, dass alle diese Improvisationen eben nur Nothbehelfe sind, die immerhin auch ihre Mängel haben und doch nicht ganz dasselbe leisten wie die eigens für den betreffenden Zweck construirten Geräthe. Wo es daher die Geldmittel irgend gestatten, sollte von Seiten des Arztes darauf gedrungen werden, dass für den Kranken die erforderlichen technischen Hilfsmittel und Pflegeapparate besorgt werden. Glücklicherweise haben die Fortschritte der Technik dahin geführt, dass eine sehr grosse Zahl der Pflegegeräthe heutigen Tages zu viel geringerem Preise abgegeben werden kann, als dies früher möglich war; vereinfachte Herstellungsverfahren, vereinfachte Construction, Benutzung wohlfeilerer Materialien (Surrogate!) haben in gleichem Maasse dazu beigetragen. Jedenfalls steht fest, dass der Kranke um so mehr in seiner Genesung unterstützt wird, in je höherem Grade er in den Stand gesetzt wird, sich aller dieser „kleinen Hilfsmittel", die in ihrer Gesammtheit doch eine wichtige Förderung für seine Gesundung bilden, zu bedienen. Erfreulicherweise ist die Zeit, da man glaubte, die Beschaffung dieser Hilfsmittel sei nichts als ein „Luxus", dessen Wirksamkeit man unterschätzte, nun bald ganz vorüber.

Sehr zu billigen sind die in der letzten Zeit hervorgetretenen Bestrebungen auch bei unbemittelten Kranken im Privathause die Zuführung der erforderlichen Pflegegeräthe in ausgiebigerem Maasse zu ermöglichen. Schon vor mehreren Jahren hatte ich es als zweckmässig bezeichnet, die nothwendigsten technischen Hilfsmittel, welche in der privaten Krankenpflege zur Anwendung gelangen, insbesondere diejenigen Objecte, welche am häufigsten bei eintretender Erkrankung in der Familie gebraucht werden, in einem sog. „Sanitätskasten" zusammenzustellen und diesen zu einem geringen Preise abzugeben. Noch ausssichtsvoller und practischer ist es aber zweifellos, „Verleihanstalten von Hilfsmitteln der Krankenpflege" zu begründen, wie sie in der Schweiz bereits seit längerer Zeit bestehen und in letzter Zeit auch bei uns in Aufnahme gekommen sind. Diese Verleihanstalten eignen sich hauptsächlich für grössere Städte, in denen sie Centralstätten bilden, ausgerüstet mit einem hinreichenden Vorrath technischer Krankenpflegemittel, die zu einem geringen Entgelt leihweise an die Familien bei eintretender Erkrankung abgegeben werden (vgl. Feilchenfeld, Verleihanstalten von Krankenpflegemitteln. Zeitschr. f. Krankenpfl.

1897. pag. 10 ff.). Dem mit der Leitung solcher Centralstätten betrauten Ausschuss muss, wie Feilchenfeld richtig hervorhebt, ein Arzt angehören. Eine besondere Verwaltungsperson (ev. Krankenpflegerin) überwacht die Ausgabe, Rücklieferung, Instandhaltung und Desinfection der Geräthe. Die einzelnen Hilfsmittel werden auf Anweisungskarten des behandelnden Arztes verabfolgt. Auch eine ganz unentgeltliche Abgabe von Gegenständen für die Pflege bei Armen ist in bescheidenem Umfange bei dem Betrieb derartiger Anstalten möglich. Besonders schwierig gestaltet sich die Herbeischaffung von Hilfsmitteln des Krankencomforts auf dem Lande. Jedoch auch hier beginnt man in der letzten Zeit geeignete Wege zur Abhilfe einzuschlagen. So hat man für kleinere Orte, in denen eine ständige Pflegerin stationirt ist, die Einrichtung einer permanenten Krankenstube vorgeschlagen, welche bei ungeeigneten räumlichen Verhältnissen in der Familienwohnung zur zeitweisen Aufnahme von Kranken dienen kann. Ferner sind von verschiedenen Seiten grössere Krankenpflegeschränke oder Krankenpflegekästen zusammengestellt worden, welche durch eine besondere Organisation in den Landgemeinden vertheilt werden, um hier, wo die Einrichtung von Centralverleihanstalten unausführbar ist, den Kranken die Pflegemittel in geeigneter Weise zu leihweiser bezw. unentgeltlicher Benutzung zuzuführen. Hierhin gehören Bestrebungen wie die des Kreisphysicus Hensgen in Siegen, der auf dem platten Lande das System der sog. Krankenpflegehilfsstationen einführte, welche kleinere Depots von Hilfsmitteln der Krankenpflegetechnik darstellen (vgl. Zeitschr. f. Krankenpfl. 1898. p. 221), ferner die Veranstaltungen des Landwirths Jacobsen, der in Schleswig-Holstein an ca. 50 Stellen in Landbezirken die sog. „Margarethenspenden“ einrichtete (vgl. Das rothe Kreuz. 1898. pag. 79) und die des Pfarrers Gaspar in Württemberg, der unter thatkräftiger Unterstützung seitens der Behörden und unter dem Protectorate der Königin ähnliche Veranstaltungen in den „Charlottenpflegen“ ins Leben rief (vgl. K. Gaspar, Bestrebungen zur Hebung des Krankencomforts auf dem Lande. Deutsche Krankenpfl.-Zeitung. 1898. pag. 175). Auch der von Deneke in Stralsund eingeführte „Wanderkorb für Wöchnerinnen“ ist hier zu erwähnen (Deutsche Krankenpfl.-Ztg. 1898. pag. 261). Derselbe besteht aus einer „Vorunterstützung“, enthaltend ein Handtuch, 125 g 1 proc. Trikresolschmierseife in einer Blechdose und eine kurze gedruckte Belehrung über Reinlichkeitspflege vor und im Wochenbett, und einer „Geburtsunterstützung“, enthaltend einen Deckeleimer mit Waschschüssel, Gummiunterlage, 250 g Wundwatte, Parchendunterlagen, Betttuch, Handtüchern, Hemd; er wird gleichfalls leihweise abgegeben und seine Verwaltung wird durch die betreffenden Hebammen geregelt. Zweifellos ist die weitere Ausdehnung dieser Bestrebungen ausserordentlich wünschenswerth und wird erheblich dazu beitragen, die Fürsorge für den Krankencomfort im Privathause sowohl in der Stadt wie auf dem Lande zu vervollkommnen. Als das wichtigste Mittel aber zur

Erreichung dieses Zweckes erscheint uns die Verbreitung der wichtigsten Kenntnisse auf dem Gebiete der Krankenpflege durch Wort und Schrift in möglichst weiten Kreisen der Bevölkerung. Diese Belehrung, welche allein in der Lage ist, die heute noch herrschende Unkenntniss und die schädlichen Vorurtheile, die die Durchführung einer vernünftigen Krankenpflege und Krankenbehandlung jetzt so sehr beeinträchtigen, zu zerstören, soll in die Hände bewährter und erfahrener Aerzte gelegt werden; nur dann wird sie im Stande sein, einen wirklich segensreichen Erfolg zu erzielen (vgl. P. Jacobsohn, Ueber öffentl. Sanitäts-Unterricht. Verhandl. d. Deutsch. Gesellsch. f. öffentl. Gesundheitspfl. 1895).

---

## 2. Fürsorge auf dem Gebiete der Krankenwartung.

Von

Dr. **Paul Jacobsohn** in Berlin.

---

### 1. Die Bedeutung der personellen Krankenpflege für die Krankenbehandlung.

In gleichem Maasse wie der Krankencomfort hat auch die Krankenwartung in der letzten Zeit einen sehr bemerkenswerthen Aufschwung genommen. Nicht nur die unbelebte, sondern auch die belebte Umgebung des Kranken musste in einer höheren Ansprüchen genügenden Weise gestaltet werden, um alle in der Krankenpflege liegenden Hilfsmittel für die Therapie nutzbar zu machen. Erst die geschickte und kunstgerechte Anwendung der materiellen Unterstützungsmittel, wie sie der Krankencomfort bietet, durch die Hand eines geeigneten Krankenpflegepersonals kann sie zu voller Wirkung am Krankenbette bringen. In alten Zeiten konnte der Arzt selbst Tag und Nacht bei dem Kranken sitzen und ihm alle nöthigen Handreichungen und Hilfeleistungen persönlich darbringen, die gesammte Pflege und Wartung des Kranken bis in ihre kleinsten Einzelheiten hinein selbst ausführen. Die gegenwärtigen Verhältnisse des Lebens aber gestatten dies nicht mehr, und so ergiebt sich die Nothwendigkeit für die zwischen den ärztlichen Krankenbesuchen liegende Zeit einen geeigneten Ersatz des Arztes zum Zwecke einer ungestört fortdauernden, kunstgerechten Fürsorge für den Kranken zu beschaffen. Ein tüchtiger Arzt wird ja bei seinen Krankenbesuchen stets der Aufgaben und Forderungen der wissenschaftlich geordneten Krankenpflege eingedenk sein, er wird selbst auf scheinbare Kleinigkeiten sorgfältig achten, wird dem Kranken alle nur erdenklichen Erleichterungen zu Gute kommen lassen, wird im Umgang mit dem Kranken auf dessen psychisches Wohlbefinden in feiner, tactvoller, kluger und sorgsamer Weise Rücksicht nehmen, ihn zu ermuthigen, seine Widerstandskraft zu heben suchen und auch hier und da bei der Ausführung von Maassnahmen der Krankenpflege selbst Hand anlegen. Aber trotzdem ist seine persönliche Einwirkung, seine unmittelbare Gegenwart keine dauernde, und so muss

er sich darauf beschränken, den Personen, die ihn am Krankenbette vertreten, zweckentsprechende Anordnungen zu geben und ihnen einen Theil der Krankenbehandlung, nämlich die Ausführung und Leistung der eigentlichen Krankenpflegethätigkeit, anzuvertrauen. Hieraus ergiebt sich auf das Klarste, dass die Aerzte heutzutage ein sehr grosses und tiefgehendes Interesse daran nehmen müssen, für eine zweckmässige personelle Krankenwartung zu sorgen. Eine vortreffliche Krankenwartung ist als ein directer, wesentlicher Heilfactor in der Krankenbehandlung anzusehen, an dessen Vervollkommnung, Förderung und weiterer Ausgestaltung energisch mitzuarbeiten für den modernen Arzt eine ebenso lohnende als nothwendige Aufgabe darstellt. v. Leyden, der ein so ausgesprochenes Gewicht in der Krankenbehandlung auf die Gestaltung der Umgebung des Kranken legt, hebt als einen der bemerkenswerthesten Punkte die Fürsorge für ein gutes Pflegepersonal hervor (v. Leyden, Ueber Specialkrankenhäuser, pag. 9) und vindicirt der Existenz eines solchen einen nicht zu übersehenden Antheil an den Erfolgen der Krankenbehandlung überhaupt. In der That ist es, insbesondere für Schwerkranke, die längere Zeit ans Bett gefesselt sind, von in die Augen fallendem Werth stetig eine Person in ihrer Umgebung zu haben, die sich um sie bemüht, für ihre Bequemlichkeit sorgt, sie in kunstgerechter Weise lagert und unterstützt, ihnen liebreich und freundlich Trost spendet und Muth zuspricht, sie mit geübten Augen überwacht und ihnen alle kleinen Hilfeleistungen und Handreichungen in angenehmer und zweckmässiger Weise leistet. Ist doch auch die Gestaltung der unbelebten Umgebung des Kranken, die Einrichtung des Krankenzimmers, die Besorgung der technischen Hilfsmittel etc. zum Theil in die Hand der Pflegepersonen gelegt, hängt doch die Wirksamkeit aller Hilfeleistungen und Handgriffe der Krankenpflege zum grossen Theile davon ab, dass sie in sorgsamer und geübter Weise am Kranken ausgeführt werden! Und weiter — die personelle Krankenwartung leistet, indem sie den Arzt am Krankenbett vertritt, noch eine andere wichtige Beihilfe für die Krankenbehandlung dadurch, dass sie eine immerwährende Beobachtung des Kranken ermöglicht und viele wichtige Vorgänge im Krankheitsverlaufe dem Arzte zur Wahrnehmung und Verwerthung bringt, die sich sonst seiner Kenntnissnahme entziehen würden. Die Krankenwartung kann durch die Berichterstattung, welche sie dem Arzt leistet, von grosser Bedeutung für die einzuschlagenden Pläne zur Heilung und für den Erfolg der Therapie werden; sie kann dem Kranken von grösstem Segen werden, wenn sie vermag plötzlichen Gefährdungen und Verschlimmerungen, die sich in Abwesenheit des Arztes ereignen, in geeigneter Weise entgegenzutreten und bei Zeiten ärztliche Hilfe, deren Nothwendigkeit sie erkannte, herbeizurufen. Aus diesen wenigen Bemerkungen geht klar hervor, welchen wichtigen Factor bei der Krankenbehandlung die Existenz einer guten Krankenwartung, eines tüchtigen Krankenpflegepersonals bildet.

Dementsprechend hat sich in den letzten Jahren in höherem Maasse,

als dies früher der Fall war, das ärztliche Interesse auch der Förderung und Vervollkommnung dieses wichtigen Zweiges der gesammten Krankenpflege zugewendet und man hat begonnen, die principiellen Fragen und Grundsätze für die Fürsorge auf dem Gebiete der personellen Krankenwartung wissenschaftlich zu bearbeiten und zu discutiren. Nicht als ob man nicht zu Zeiten schon in der Vergangenheit darauf aufmerksam gemacht hätte, dass es nothwendig wäre, in dieser Hinsicht Verbesserungen einzuführen und die Krankenwartung in ihren Leistungen zu heben, — haben doch bereits zu Ende des vorigen Jahrhunderts hervorragende Aerzte wiederholt das unzureichende Niveau des damaligen Krankenpflegepersonals beklagt — aber im Allgemeinen bekümmerten sich doch die Aerzte lange Zeit hindurch recht wenig um die Lösung der hierhin gehörenden Fragen, da sie in der Thätigkeit der Krankenwartung gewissermaassen nur die handwerksmässige Ausübung einer „niederen Dienstleistung“ sahen, der sie keinen wesentlichen therapeutischen Einfluss beimessen zu dürfen glaubten. Erst seit verhältnissmässig kurzer Zeit, seitdem man überhaupt speciell auf den Ausbau desjenigen Theiles der Therapeutik, den man als die Krankenpflege bezeichnet, grösseren Werth legte, hat sich die Erkenntniss in den Kreisen der Aerzte mehr und mehr Bahn gebrochen, dass die Thätigkeit des Krankenpflegepersonals doch aus einem anderen Gesichtspunkte betrachtet werden müsse als dem vornehmer Geringachtung, nämlich aus dem Gesichtspunkte eingehender Werthschätzung und thatkräftiger Förderung gemäss der erhöhten Bedeutung, welche die Krankenpflegethätigkeit als therapeutischer Hilfs- und Heilfactor gewonnen hat. Während in früheren Zeiten die Krankenpflegepersonen auf keiner wesentlich anderen Stufe standen als ungebildete Dienstboten, sucht man heutzutage dieselben zu eigentlichen Gehilfen des Arztes, zu „Heil-Gehilfen“ im besten Sinne des Wortes heranzubilden.

## 2. Die Aufgaben der Krankenwartung.

Die Aufgabe des Arztes ist es, Kranke zu behandeln und zu heilen, wenn dies nach der Art der Erkrankung und dem Stande des therapeutischen Fortschrittes möglich ist, die Aufgabe des Krankenpflegers oder der Krankenpflegerin ist es, den Arzt nach Kräften bei der Krankenbehandlung zu unterstützen. Der Arzt hat die Aufgabe, die Art der Erkrankung zu erkennen und auf Grund dieser Erkenntniss die Maassnahmen am Krankenbette anzuordnen, welche nach den wissenschaftlichen Feststellungen als geeignet zur Wiedererlangung der Gesundheit erscheinen. Die Krankenwartung hat mit der genauen Diagnose der Krankheit ebenso wenig zu schaffen als mit der selbstständigen Krankenbehandlung. Sie hat vornehmlich die Aufgabe, unter der Leitung des Arztes die von diesem angeordneten Heilmaassnahmen in kunstgerechter und geschickter Weise auszuführen und im Besonderen dem Kranken alle jene Linderungsmittel zuzuführen, welche die wissenschaftliche Kranken-

pflege gemäss den ärztlichen Anordnungen darbietet. Durch die unmittelbare Ausführung der zahlreichen Handgriffe am Körper des Kranken und die persönliche Darreichung der technischen Hilfsmittel gewinnt das Krankenpflegepersonal aber zweifellos einen gewissen Antheil an der Krankenbehandlung selbst, wenn auch ein selbstständiges Vorgehen in dieser Beziehung für gewöhnlich ausgeschlossen bleiben muss. Nur in Fällen dringender Gefahr, wenn der Arzt nicht schnell zur Hand ist, kann von diesem beschränkenden Grundsatz abgegangen und dem Pflegepersonal eine grössere Selbstständigkeit eingeräumt werden. Die maassgebende Leitung der Gesammtbehandlung muss jedenfalls in den Händen des Arztes bleiben. Andererseits würde es wiederum nicht richtig sein, wollte man die Thätigkeit des Krankenpflegepersonals zu einer rein mechanischen und handwerksmässigen herabdrücken. Es muss ein gewisser Spielraum für die Bethätigung besonderer fachlicher Befähigung und Intelligenz bestehen, sonst würde der Krankenpflegeberuf sicherlich stets auf einem ziemlich niederen Niveau bleiben und jede Anziehungskraft, besonders für gebildetere Elemente, einbüssen. Nicht willenlose Maschinen, sondern geschickte und brauchbare Gehilfen wünscht sich der Arzt am Krankenbette!

Die eigentliche und hauptsächlichste Aufgabe der Krankenwartung besteht unzweifelhaft darin, „den Kranken zu pflegen", ihm seine Leiden nach besten Kräften zu lindern, für ihn, den Unbehilflichen und Schwachen, liebevoll zu sorgen, es ihm bequem und behaglich zu machen und seine Widerstandskraft so möglichst zu fördern. Dass des Krankenpflegers ureigenste Aufgabe darin besteht, die ihm anvertrauten Kranken zu pflegen, sagt schon sein Name. Gerade die Pflege des Kranken im engeren Sinne, die Möglichkeit als Pfleger oder Pflegerin persönlich dem Kranken ein „Helfer" zu sein, bildet wohl die Hauptanziehung für einen Beruf, der im Uebrigen als ein recht schwieriger, gefahrvoller und verantwortungsreicher bezeichnet werden muss. Daher ist unbedingt von den Pflegepersonen zu verlangen, dass sie in der ausübenden Krankenpflege vor allem gute Kenntniss und Erfahrung besitzen. Eine fernere Aufgabe der Krankenwartung ist der Umgang mit dem Kranken. Es ist dies eine gewiss recht schwierige Aufgabe, und sie in vortrefflicher Weise zu erfüllen erfordert sicherlich einen noch höheren Grad von Intelligenz als die Leistung der technischen Pflegethätigkeit. Der Arzt bleibt nur kurze Zeit bei dem Kranken, der Pfleger ist Tag und Nacht an seinem Bette beschäftigt. Von einem guten Arzte wird verlangt, dass er es versteht, den Kranken zu ermuthigen und sein Vertrauen zu stärken. In wie viel höherem Grade erwächst diese Pflicht dem Pfleger, der die langen Stunden des Schmerzes, der bangen Angst, der Enttäuschung, der Ungeduld, der trüben Stimmungen mit dem Kranken theilt, der die tausend seinen Zustand betreffenden Fragen, die der Kranke dem Arzte nicht vorlegen kann oder nicht vorzulegen wagt, in taktvoller und unschädlicher Weise beantworten und die rechten Worte des Trostes und der Beruhigung finden können muss. Gerade in dieser Hinsicht kann vieles

in der Pflegethätigkeit gar nicht gelernt werden, hier muss die Charakteranlage zu Hilfe kommen! Auch der Umgang mit den Angehörigen des Kranken bildet eine wichtige Aufgabe in der Krankenwartung. Sie wollen ebenfalls fortwährend beruhigt sein; ihre vielen Vorurtheile müssen bekämpft, ihre schädlichen Einflüsse vom Krankenbette ferngehalten, ihr Widerstand gegen die Durchführung mancher ärztlichen Verordnungen und gegen manche von dem Krankenpflegepersonal als nothwendig erkannten Veränderungen, die dem Wohle des Kranken dienen, muss gebrochen werden. Eine weitere Aufgabe der Krankenwartung ist die Berichterstattung für den Arzt über alle wichtigen Vorgänge hinsichtlich des Zustandes des Kranken, die sich in der Zwischenzeit zwischen den ärztlichen Visiten abgespielt haben. Dazu kommt noch die Reinhaltung des Krankenzimmers und des Kranken selbst. Alle diese Aufgaben bewirken, dass der Umfang der Thätigkeit der Krankenwartung ein ziemlich grosser und anspruchsreicher wird.

### 3. Die ärztlichen Anforderungen an die Krankenwartung.

Wird es erst einmal als feststehend betrachtet, dass die personelle Krankenwartung einen wichtigen Hilfsfactor in der Krankenbehandlung darstellt, so ergiebt sich für den Arzt die unabweisbare Nothwendigkeit dafür Sorge zu tragen, dass dieser „Heilfactor“ sich auf einem Niveau befinde, das den heutigen Forderungen der wissenschaftlichen Krankenpflege voll und ganz entspricht und in der That in der Lage ist, diejenigen Aufgaben in wünschenswerthem Maasse zu erfüllen und zu leisten, welche vorstehend kurz besprochen worden sind. Der Arzt ist infolge dessen gezwungen und berechtigt an diejenigen Personen, welche sich als seine Gehilfen dem Berufe der Krankenwartung widmen wollen, eine Reihe von Anforderungen zu stellen, denen die Pflegepersonen entsprechen müssen, wenn anders sie eine Gewähr dafür bieten sollen, dass sie dem Kranken und dem Arzte das sind, was sie nach den obigen Ausführungen sein sollen. Die ärztlichen Anforderungen lassen sich am besten in vier getrennte Gruppen eintheilen: 1. Anforderungen in ethischer Beziehung. 2. Anforderungen in intellectueller Beziehung. 3. Anforderungen in physischer Beziehung. 4. Anforderungen in technischer Beziehung.

#### a) Ethische Anforderungen.

Der Beruf des Krankenpflegers hat in mehrfacher Hinsicht Aehnlichkeit mit dem Berufe des Arztes. Sowohl dem Arzte als dem Pfleger wird die Obhut über kranke und hilflose Personen anvertraut, die Fürsorge für das Wohlbefinden leidender Nebenmenschen. Der Beruf des Krankenpflegers ist ein sehr verantwortlicher, da von der Art seiner Ausübung in gewissem Grade der Erfolg der Krankenbehandlung, ja das Leben des Kranken abhängt. Eine schlechte Krankenwartung kann den grössten Schaden und Nachtheil für den Kranken im Gefolge haben.

Mit demselben Rechte, mit dem verlangt wird, dass den ärztlichen Beruf nur solche Personen ergreifen, deren sittliche Qualität sie hierzu befähigt, lässt sich die Forderung aufstellen, dass auch dem Krankenpflegeberufe sich nur solche Personen widmen, welche durch ihre Charakteranlage und den Grad von „Herzensbildung", den sie besitzen, die Gewähr dafür bieten, dass sie der hohen Verantwortlichkeit ihres Berufes bei seiner Ausübung stets eingedenk sein und die vielen Pflichten, welche mit dem Berufe untrennbar verbunden sind, mit Opferfreudigkeit und Treue erfüllen werden. Hieraus ergiebt sich, dass es nothwendig ist, eine geeignete Auswahl unter den Berufsaspiranten zu treffen und Vorkehrungen durchzuführen, welche verhindern, dass Personen in den Krankenpflegeberuf eintreten, die in ethischer Hinsicht nicht die hierfür nöthige Qualification besitzen. Dieses Ziel zu erreichen ist aber keineswegs leicht, und über die Wege, die zu diesem Behufe zu beschreiten sind, herrscht noch eine grosse Meinungsverschiedenheit. Die Einen vertreten die Ansicht, dass man nur Personen aus gebildeten Kreisen zur Krankenpflege heranziehen solle, bei denen schon die im elterlichen Hause genossene Erziehung und die bessere Schulbildung eine gewisse Gewähr für die sittlichen Fähigkeiten biete, die Anderen meinen, dass auch Personen aus einfacheren Kreisen mit guter Volksschulbildung sich im Krankenpflegeberufe in zufriedenstellender Weise bethätigen können, wenn sie nur diejenigen natürlichen Charaktereigenschaften besitzen, die gerade für den Krankenpflegeberuf von ausserordentlichem Werth sind und da, wo sie nicht von vornherein vorhanden sind, auch nicht durch eine höhere Schulbildung ersetzt werden können. Es will uns scheinen, dass die letztere Auffassung die richtigere sei; denn gerade diejenigen Eigenschaften, welche vom ärztlichen Standpunkt in ethischer Beziehung von der Krankenwartung gefordert werden müssen: Fürsorglichkeit, Selbstlosigkeit, Geduld, Theilnahme, Entschlossenheit, Pflichttreue, Ausdauer, ernste Auffassung des Berufes, können kaum angelernt werden, sondern müssen vielmehr angeboren sein. Nicht als ob die sorgsamere Erziehung im Elternhause, gefördert durch gutes Beispiel, zu unterschätzen wäre oder ob angenommen werden solle, dass bessere Schulkenntnisse für das Krankenpflegepersonal weniger nützlich und wünschenswerth seien, — beide Momente können auch in diesem Berufe sehr zu Statten kommen — aber die wesentlichste Grundbedingung für die Eignung zur Krankenpflege bleibt immer die natürliche Charakteranlage. Insbesondere die sog. „höhere Bildung" in dem Sinne, wie dieser Ausdruck jetzt häufig gebraucht — oder vielleicht besser — gemissbraucht wird, die oftmals nur in einem ziemlich oberflächlichen Herumnaschen auf allen möglichen Wissensgebieten besteht, hat für die Krankenpflege keinen ausschlaggebenden Werth. Freilich sollen ja die Krankenpflegepersonen in der Lage sein zur Zerstreuung, Ablenkung und Unterhaltung des Kranken beizutragen, indem sie ihm aus einem geeigneten Buche vorlesen und mit ihm über Dies und Jenes plaudern, wenn der Krankheitszustand es gestattet. Aber diesen Ansprüchen können auch Personen, welche nur

über Volksschulbidung verfügen, in hinreichendem Maasse gerecht werden. Man muss doch auch bedenken, dass nur in selteneren Fällen Kranke zu pflegen sind, welche den höheren Gesellschaftskreisen angehören, und dass das Gros aller Kranken überhaupt, insbesondere das die Hospitäler bevölkernden, in höherem Maasse Werth darauf legen wird, Personen hilfreich an der Seite zu haben, welche ihr eigentliches Fach tüchtig verstehen und ihrem Charakter nach geeignet sind, als solche, welche durch die Höhe ihrer sogenannten „allgemeinen Bildung“ glänzen. Bei Schwerkranken drängt ja überhaupt der eine sehnliche Wunsch, recht bald wieder gesund zu werden, alle übrigen Bedürfnisse erheblich zurück! Und es ist doch auch schwer einzusehen, warum zur Abwartung und Pflege eines krank darniederliegenden, an die einfachste Lebenshaltung gewöhnten Landarbeiters unbedingt eine Krankenpflegeperson erforderlich ist, welche geläufig französisch und englisch spricht und die Dichtungen des modernsten Poëten auswendig weiss. Hier wird eine einfacheren Kreisen entstammende, mit der erforderlichen natürlichen Begabung und einer gründlichen Fachausbildung versehene Pflegeperson sicherlich mehr am Platze sein und sich allen Anforderungen hinreichend gewachsen zeigen. Nun ergiebt sich aber die Schwierigkeit, dass Personen, deren natürliche Charaktereigenschaften sie in hervorragendem Maasse gerade für den Krankenpflegeberuf geeignet erscheinen lassen, gar nicht so häufig anzutreffen sind, als dies bei der ungeheuren Zahl der überhaupt vorkommenden Erkrankungen zu wünschen wäre, und es würde daher der Mangel an geeignetem Pflegepersonal ein ausserordentlich grosser und fühlbarer sein müssen, wenn man sich allein auf diejenigen Personen beschränken würde, welche ein ausgesprochenes Talent für die Krankenpflege und eine besondere angeborene Begabung gerade für diesen Beruf mitbringen. Glücklicherweise hat aber die Erfahrung gezeigt, dass sich durch eine länger dauernde geeignete Schulung und specielle Berufserziehung auch bei vielen Personen, deren angeborene Befähigung für den Krankenpflegeberuf in der oder jener Beziehung zu wünschen übrig lässt, doch eine anerkennenswerthe Stufe beruflicher Tüchtigkeit erreichen lässt, so dass die Betreffenden alsdann in der Lage sind, die ihnen erwachsenden Aufgaben in durchaus zufriedenstellender Weise zu erfüllen, selbstverständlich aber nur bei vorhandenem guten Willen und dem nöthigen Eifer. Naturgemäss macht sich auch hierin eine Grenze bemerkbar, und Personen, welche hinsichtlich ihrer Charakteranlage geradezu als für den Krankenpflegeberuf *ungeeignet* bezeichnet werden müssen, also besonders leidenschaftliche, nervöse, ungleichmässige, leichtlebige, egoistische Personen werden selbst bei der besten Fachausbildung niemals etwas Besonderes in der Krankenwartung leisten und sollten daher stets diesem Berufe fern bleiben. Eine Reihe ethischer Anforderungen, welche der Arzt gleichfalls an die Krankenwartung stellen muss, sind in Vorstehendem noch nicht berührt worden: Verschwiegenheit, Ehrlichkeit, Bescheidenheit, Wahrhaftigkeit und Pünktlichkeit; doch auch die Erfüllung dieser Pflichten ist bei der Ausübung des Krankenpflegeberufes von ganz hervorragendem

Werth, und die Bereitwilligkeit zu ihrer treuen und consequenten Befolgung muss geradezu als eine nothwendige Vorbedingung für eine erfolgreiche Bethätigung in ihm angesehen werden. Auf eine weitgehende Ausbildung dieser ethischen Fähigkeiten muss bei der Facherziehung das grösste Gewicht gelegt werden.

### b) Intellectuelle Anforderungen.

Natürliche Intelligenz ist in jedem Berufe von grossem Vortheil; auch in der Krankenpflege trägt sie wesentlich dazu bei, das Niveau der Leistungsfähigkeit zu heben. Die Pflegepersonen müssen einen klaren Blick dafür haben, was dem Kranken im einzelnen Falle seine Leiden erleichtern, seine Lage verbessern könnte, was sie aus dem Schatze der ihnen zur Verfügung stehenden Pflegemittel am besten auswählen sollen. Noch mehr aber als das „Was", bei dem ja doch immer der behandelnde Arzt das Hauptwort zu sprechen hat, kann das „Wie" der Ausführung Ansprüche an die Intelligenz der Pflegepersonen stellen. Besitzen sie die Fähigkeit, die Bestrebungen des Arztes richtig aufzufassen und seinen Absichten in treffender Weise Verständniss entgegenzubringen, so können sie ihn in viel weitergehendem Maasse unterstützen, als wenn sie ihre Thätigkeit ohne eigenes Nachdenken nur maschinenmässig vollführen. Es kann im Hinblick auf eine möglichst geeignete Ausführung der Krankenpflegemaassnahmen nur von Vortheil sein, wenn die Pflegerinnen und Pfleger einigermaassen den Gründen folgen können, welche für die ihnen übertragenen Thätigkeiten vorliegen, und die Zwecke, die mit ihrer Vornahme verfolgt werden. Denn diese Kenntniss flösst ihnen nicht nur mehr Liebe zur Sache und Interesse für ihre Berufsthätigkeit ein, sondern giebt ihnen auch die Möglichkeit, die Leistung der einzelnen Handreichungen etc. in noch zweckmässigerer Weise zu bewerkstelligen. Auch das feine Taktgefühl, das als ein grosser Vorzug bei der Krankenpflegethätigkeit angesehen wird, basirt zum Theil, soweit es nicht instinctiv ist, auf der Fähigkeit in subtiler Weise zu überlegen, welches Verhalten in schwierigen Momenten das für den Kranken vortheilhafteste ist, ist also gleichfalls auf intellectuelle Vorzüge gegründet. Ebenso wird die geistig befähigtere Pflegeperson eine grössere Umsicht bei der Krankenwartung an den Tag legen, sie wird in höherem Grade in der Lage sein, alle Kleinigkeiten zu überblicken, alle Verhältnisse in der Umgebung des Kranken unter einheitlichem Gesichtspunkt zu ordnen. Sie wird auch vermögen, sich ihr Tagewerk in geeigneterer Weise einzutheilen, schliesslich wird es ihr auch eher gelingen, im Umgange mit dem Kranken sich in dessen Lage, in dessen Empfindungen und Gefühle hineinzudenken und diesen Momenten verständnissvoll Rechnung zu tragen.

### c) Physische Anforderungen.

Da die Krankenpflegethätigkeit untrennbar mit der Leistung körperlicher Anstrengungen und geistiger Anspannung mannigfacher Art ver-

bunden ist, ferner die Pflegepersonen häufig in dauernden nahen Verkehr mit ansteckenden Kranken bringt, so muss der Arzt auch an die physische Qualität der berufsmässigen Pfleger und Pflegerinnen gewisse unerlässliche Ansprüche stellen, welche sowohl im Hinblick auf eine hinreichende Leistungsfähigkeit am Krankenbette, also aus therapeutischen Erwägungen heraus, als auch im Interesse der sich der ausübenden Krankenpflege Widmenden selbst geboten sind. Der Krankenpflegeberuf erfordert einen absolut gesunden und widerstandsfähigen körperlichen Zustand. Nur ein Gesunder kann einem Kranken helfen gesund zu werden. Wer Kranke gut warten und pflegen will, muss aller Sorgen, die der eigene körperliche Zustand hervorruft, überhoben sein, weil er sich sonst nicht mit aller Kraft in seiner Fürsorge dem Kranken zuwenden kann. Die Pflegethätigkeit hat die Fähigkeit körperliche Anstrengungen, ja Strapazen (Nachtwachen!) ohne Schaden ertragen zu können zur Voraussetzung, sie verlangt körperliche und geistige Spannkraft, Behendigkeit, Elasticität in den Bewegungen und in der Reaction auf psychische Einwirkungen. Schwächliche, mit Gebrechen behaftete, kränkliche Personen sind für die Krankenpflege nicht zu verwenden, ebensowenig Nervöse. Auch die Einwirkung auf den Kranken verdient hierbei Berücksichtigung. In die Hand von Personen, die geistig und körperlich frisch sind und einen „Hauch von Gesundheit“ ausstrahlen, legt der Kranke gern, beruhigt und voll Vertrauen die Sorge für sein Wohl, die kraftvolle Ruhe des Gesunden ermuthigt ihn, sein psychisches Gleichmaass, seine lebensfrohe Heiterkeit stärkt das Vertrauen des Kranken. Die Krankenpflege ist zweifellos eine Berufsthätigkeit, die nicht nur Anstrengungen erfordert, sondern auch mit gesundheitlichen Gefahren verbunden ist, mehr als die meisten anderen Berufe. Sie gleicht auch hierin, wie in so Vielem, dem Berufe des Arztes. Nur ist es ausser Frage, dass die Möglichkeit sich am Krankenbette zu inficiren, für die Krankenpflegepersonen ungleich grösser ist als für den Arzt, da sie andauernd, Tag und Nacht, in der nächsten Umgebung des Kranken thätig sind und mit seinem Körper in eine öftere und innigere Berührung kommen als er. Auch aus diesem Grunde muss der Arzt Werth darauf legen, dass die Krankenpflegepersonen eine gute körperliche Widerstandsfähigkeit und eine geeignete Constitution besitzen. Und so ergiebt sich die Regel, dass eine durch gründliche ärztliche Begutachtung geprüfte Gesundheit mit zu den nothwendigen Anforderungen für die personelle Krankenwartung gehört. Desgleichen müssen die sich der Krankenpflege Widmenden in einem geeigneten Lebensalter stehen. Ein Beruf, der an die physische Leistungsfähigkeit erhebliche Ansprüche stellt, verlangt das Einsetzen der Vollkraft und Rüstigkeit. Das Pflegepersonal soll weder zu alt noch zu jung sein. Auf diesen Punkt muss besonders auch beim Eintritt in den Beruf geachtet werden. Allgemein wird heute als das geeignetste Lebensalter für die Aufnahme der Pflegethätigkeit der Zeitraum vom 23.—30. Lebensjahre betrachtet, und die meisten Krankenpflege-Organisationen legen diese Norm in ihren

Satzungen zu Grunde. Gegen das 45.—50. Lebensjahr hin nimmt die körperliche Leistungsfähigkeit gewöhnlich in dem Maasse ab, dass die Befähigung zum berufsmässigen Pflegen von Kranken vermindert bezw. aufgehoben wird. Auch zu jugendliche Personen eignen sich zur Wartung der Kranken nicht, weil das Urtheil über den dauernden körperlichen Zustand und die Resistenzfähigkeit hier noch zu schwierig ist, und dann besitzen jugendliche Personen auch kaum den für diesen Beruf nöthigen sittlichen Ernst und die erforderliche Selbstbeherrschung.

d) Technische Anforderungen.

Heutzutage, wo man erkannt hat, dass der Qualität der personellen Krankenwartung ein so erheblicher Werth in therapeutischer Beziehung beizumessen ist, hat man von ärztlicher Seite mit besonderem Nachdruck darauf hingewiesen, dass die technischen Anforderungen an das Pflegepersonal erheblich höhere sein müssen, als man sie in früheren Zeiten für nöthig hielt. Um die weiter oben erörterten Aufgaben in zufriedenstellender Weise erfüllen zu können, müssen die Pflegepersonen sowohl eine nicht geringe Summe von Fachkenntnissen als auch eine hinreichend lange und hinreichend gründliche practische Erfahrung am Krankenbette besitzen. Nach beiden Richtungen hin ist eine berufliche Schulung und Ausbildung erforderlich, die sich über einen längeren Zeitraum erstreckt, um am Abschluss dieser „Lehrzeit“ eine gewisse Garantie dafür zu haben, dass die berufliche und insbesondere die berufstechnische Tüchtigkeit eine wünschenswerthe Höhe erreicht hat. Die Hauptsache bei der technischen Ausbildung für die Krankenwartung ist unzweifelhaft die practische Bethätigung am Krankenbette, welche am besten Gelegenheit giebt die mannigfachen und vielseitigen Anforderungen der Krankenpflegethätigkeit genau kennen zu lernen. Die practische Bethätigung, das „Dienen von der Pike auf“, bietet die Möglichkeit, sich in allen technischen Handreichungen, Hilfeleistungen, Fertigkeiten durch Uebung geschickt zu machen, alle die so eigenartigen Situationen durchzuleben, die bei der Ausübung der Pflegethätigkeit in Frage kommen; sie gestattet den Umgang mit kranken Menschen zu erlernen, sie gewährt Einblick in die Verantwortlichkeit des Berufes, in seine Leiden und Freuden, seine Aufgaben und Ziele. Sie macht die Hand leicht und geschickt, das Auge scharf, das Handeln entschlossen. Die Praxis am Krankenbette lehrt das, was keine theoretische Unterweisung lehren kann, und giebt die eigentliche „Berufserfahrung“, ohne die eine berufsmässige erspriessliche Pflegethätigkeit undenkbar ist. Theoretisch erworbene Kenntnisse allein können, selbst wenn sie noch so umfassend sind, niemals für die berufsmässige Ausübung der Krankenpflege genügen. Die practische Erlernung der Krankenpflege geht am besten in grösseren Krankenanstalten vor sich, in denen Gelegenheit ist, möglichst verschiedenartige Erkrankungsfälle zu sehen und insbesondere auch die Pflege Schwerkranker zu üben. Entsprechend den Aufgaben, welche die personelle Krankenwartung für die Krankenbehandlung zu er-

füllen hat, entsprechend ihrer Bestimmung eine „ärztliche Hilfsthätigkeit“ darzustellen, erstrecken sich die technischen Anforderungen, die der Arzt an die fertig ausgebildeten Pflegepersonen stellen muss, auf folgende Gebiete: 1. Reinigung und Reinhaltung des Krankenzimmers, des Krankenbettes und des Kranken. 2. Gestalten der unbelebten Umgebung des Kranken: Ausstattung und Einrichtung der Krankenräume, Sorge für die Bequemlichkeit des Kranken. 3. Krankenbeobachtung und Krankenbericht. 4. Ausführung der ärztlichen Verordnungen am Krankenbette: Nahrungsdarreichung, Arzneidarreichung, Leistung kleiner Handreichungen und Hilfen beim Aufsetzen, Umbetten, Baden, bei den Entleerungen, beim Transport der Kranken etc. 5. Erste Hilfeleistung bei plötzlicher Lebensgefahr und Unglücksfällen. 6. Leistung von Nachtwachen. 7. Umgang mit Kranken. 8. Verhalten bei der Pflege ansteckender Kranker (Desinfection). 9. Chirurgische Pflege: Vorbereitung zu Operationen, Hilfe bei Operationen und Verbänden. 10. Specielle Pflege von Wöchnerinnen, kleinen Kindern, Geisteskranken etc.

### 4. Geistliche und weltliche Krankenpflege.

Wenn auch bereits mehrere Jahrhunderte vor der Entstehung und Ausbreitung des Christenthums in Indien Krankenanstalten bestanden, welche mit Aerzten und Verpflegungsvorräthen versehen waren (vgl. Dietrich, Geschichtl. Entwicklung d. Krankenpflege. Dieses Handbuch Bd. I. pag. 1) und in den Schriften des alten Testamentes (3. Mose 19, 17) die Nächstenliebe als eine Pflicht jedes rechtschaffenen Mannes betrachtet wird, so sind doch unstreitig die ersten Spuren dauernder geordneter Krankenfürsorge und die ersten Organisationen für die personelle Krankenwartung auf dem Boden der christlichen Kirche zu finden und wurden durch die weiterschreitende Propagation des Christenthums im Abendlande allmählich in ausgedehnterem Maasse verbreitet. Auf kirchlichem Boden begründeten sich die ersten Vereinigungen, deren unmittelbarer Zweck es wurde die Leiden armer Kranker durch persönlichen Beistand zu lindern und durch Bethätigung werkthätiger, aufopfernder Nächstenliebe mittellosen Kranken Trost und Hilfe zu spenden. Die erste Form, in welcher eine personelle Pflege der Kranken in den christlichen Gemeinden der frühesten Zeit auftrat, war nicht die Hospitalkrankenpflege, sondern vielmehr die Gemeinde- und Hauskrankenpflege als eines der wichtigsten Bethätigungsgebiete der sog. Diakonie, der frommen Liebesthätigkeit. Das Wirken der ersten kirchlichen Krankenpflege-Genossenschaften, welche vorwiegend aus alleinstehenden Personen weiblichen Geschlechtes, insbesondere aus Wittwen sich bildeten, hatte mancherlei Aehnlichkeit mit der Wirksamkeit der heutigen Gemeindepflegerinnen, insofern die Mitglieder jener ältesten Genossenschaften das Hauptaugenmerk darauf richteten, die armen Kranken und Siechen der Gemeinde zu besuchen, sie mit Nahrungsmitteln zu versorgen und ihnen

den Trost der Religion darzubringen. Von einer sachgemässen und kunstgerechten eigentlichen Krankenwartung, wie sie heutzutage einen wichtigen Factor der gesammten Krankenbehandlung repräsentirt, konnte naturgemäss zu jenen Zeiten noch keine Rede sein, da bei dem damaligen frühen Entwicklungsstadium medicinischer Erkenntniss auch eine wissenschaftlich geordnete Krankenpflege, wie sie heute ärztlicherseits gefordert werden muss, noch in weiter Ferne war. Die zweite Form persönlicher Bethätigung auf dem Gebiete der Krankenpflege, welche die fortschreitende Culturentwicklung schuf, die Hospitalkrankenpflege, bildete sich erst im Mittelalter heraus, nachdem die Unterbringung kranker Personen in besonderen Krankenhäusern, Krankenherbergen, Hospizen mehr und mehr zur Gewohnheit geworden war. Aus den sog. „Gasthäusern", welche schon im 7., 8. und 9. Jahrhundert in grösserer Anzahl im Morgen- wie im Abendlande zur Aufnahme armer und kranker Wanderer und Pilger von weltlichen Machthabern in Verbindung mit geistlichen Ordensleitern begründet wurden, entstanden im 11. und 12. Jahrhundert die ersten grösseren Krankenhäuser im modernen Sinne, welche nunmehr auch mit den Einrichtungen versehen werden mussten, welche eine zweckentsprechende Pflege der Kranken erfordert. Es ergab sich die Nothwendigkeit, die damaligen Hospitäler aus Armenherbergen in Krankenbehandlungsanstalten umzuwandeln. Um dem neuen Zwecke zu entsprechen, war es erforderlich, dass die Krankenhäuser nicht nur in Bezug auf ihre bauliche Beschaffenheit und ihre innere Einrichtung reicher ausgestattet, sondern auch dauernd mit geeigneten Personen besetzt wurden, welche sich dem persönlichen Beistande der kranken Insassen widmeten. So lag denn die personelle Pflege der Kranken in der Folge in den Händen der Mitglieder der zahlreichen geistlichen Ordensgenossenschaften, welchen nicht nur die Begründung vieler reich ausgestatteter Hospitäler in damaliger Zeit zu verdanken ist, deren Angehörige vielmehr auch in den von den betreffenden Orden eingerichteten Hospitälern in selbstloser und aufopfernder Weise die Krankenpflege practisch ausübten. Die geistlichen Orden des Mittelalters dürfen das Verdienst für sich in Anspruch nehmen, zum ersten Male brauchbare Krankenpfleger und -Pflegerinnen von gleichmässiger Leistungsfähigkeit und geordneter Organisation geschaffen zu haben, die sich Jahrhunderte hindurch als das beste zur Verfügung stehende Krankenpflegepersonal bewährt haben. Zahlreiche bürgerliche und ritterliche Brüderschaften und Schwesterschaften vereinigten sich ebenfalls zur Ausübung der Krankenpflege als eines gottgefälligen Werkes unter dem Schutze und der Leitung der Kirche und bildeten die mit dem gemeinsamen Namen der Hospitaliter und Hospitaliterinnen belegten Genossenschaften. Viele der im Mittelalter begründeten frommen Krankenpflegeorden bestehen noch heute und entfalten eine umfassende Wirksamkeit in den katholischen Landestheilen Deutschlands auf dem Gebiete der personellen Krankenwartung, so z. B. die Alexianer, die barmherzigen Brüder (vom Orden Johannes von Gott),

die Franziscaner, ferner die armen Dienstmägde Christi, die Borromäerinnen, die Clemensschwestern, Cellitinnen, Elisabethinerinnen, Vincentinerinnen, Dominikanerinnen, Franziskanerinnen etc., ebenso in Oesterreich die Deutschritter. Auch in den der Reformation folgenden Jahrhunderten haben die katholischen Orden, in ihrer Gesammtheit kurzweg als „barmherzige Schwestern und barmherzige Brüder" bezeichnet, dauernd eine hervorragende Stellung auf dem Felde der personellen Krankenwartung behauptet. Die evangelische Kirche besitzt gleichwerthige Organisationen wie die bisher erwähnten katholischen erst seit den ersten Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts, insbesondere seit der Begründung der Diakonen- und Diakonissen-Anstalten (1833 und 1836), deren ausgebildete Brüder (Diakonen) und Schwestern (Diakonissen) zum grössten Theile seither in den protestantischen Ländern eine sehr ausgedehnte Krankenpflegethätigkeit entwickelt haben. Später (1853) trat zu diesen evangelisch-kirchlichen Organisationen noch die Adelsgenossenschaft der Johanniter.

Neben diesen auf ausgesprochen kirchlicher Grundlage ruhenden Organisationen, welche, abgesehen von ihrer Wirksamkeit auf sonstigen culturellen Hilfs- und Pflegegebieten, wie in der Armenpflege, Magdalenenpflege, Waisenpflege, Gefangenenpflege etc., auch Pflegekräfte für die personelle Krankenpflege heranbilden und der Oeffentlichkeit zur Verfügung stellen, haben sich seit dem Beginn des 19. Jahrhunderts auch weltliche Krankenpflegeorganisationen entwickelt, welche weder von geistlicher Seite begründet worden sind noch auch in direktem Zusammenhange mit kirchlichen Institutionen stehen, sondern vielmehr in weltlichen Vereinen ihren Ausgangspunkt haben, die unter dem Schutze fürstlicher Persönlichkeiten, einflussreicher Staatsbeamter und hervorragender Organisatoren begründet und einem sehr erfreulichen und segensreichen Gedeihen zugeleitet worden sind. Es sind dies Verbände von Frauen und Jungfrauen aller Stände, welche sich die Aufgabe stellten besonders in Kriegszeiten und anderen über das Land hereinbrechenden Nothständen, bei denen sich der Mangel hinreichender personeller Krankenpflege geltend machte, für Heranbildung tüchtiger Pflegekräfte Sorge zu tragen und auch selbst in der Noth freiwillig nach Kräften mit Hand anzulegen. Grösseren Umfang und grössere Bedeutung gewannen diese Bestrebungen im Jahre 1864 durch die Begründung der Genfer internationalen Gesellschaft vom Rothen Kreuz, welcher die meisten Culturstaaten mit besonderen Vereins-Verbänden angehören. Wenn auch der Hauptzweck dieser Genossenschaften vom Rothen Kreuz sich auf die Krankenfürsorge auf dem Kriegsschauplatze richtet, so liefern doch die zahlreichen von ihnen in den verschiedenen Ländern begründeten Krankenanstalten, welche meist mit Ausbildungsschulen für Krankenpflegepersonen verbunden sind, auch für Friedenszeiten ein werthvolles Contingent an Berufspflegerinnen. Auch in Deutschland verfügt die Deutsche Gesellschaft vom Rothen Kreuz über eine erhebliche Anzahl vorzüglich ausgebildeter Pflegerinnen, welche nicht nur eine wohl vorbereitete Hilfstruppe für den Fall eines plötzlichen

Krieges oder eines plötzlichen Nothstandes darstellen, sondern in Friedenszeiten sich auch mit bestem Erfolge der Hospital-, Privat- und Gemeindepflege widmen. Unabhängig von diesen „Roth-Kreuzgenossenschaften“ finden sich in Deutschland noch eine Anzahl kleinerer weltlicher Vereinigungen, welche die Ausbildung von Krankenpflegerinnen zum Zweck haben; die bedeutendsten derselben sind das Victoriahaus für Krankenpflege in Berlin, eine nach englischem Muster eingerichtete Pflegerinnenschule, ferner der Frauenlazarethverein in Berlin mit der Pflegerinnenschule des Augustahospitals sowie der Krankenpflegeverein für Schönebeck und Umgegend und der Verein zur Ausbildung von Krankenpflegerinnen in Bremen. Diesen weltlichen Krankenpflege-Vereinigungen reihen sich noch einige Genossenschaften an, welche gewissermaassen einen Uebergang zu den kirchlichen Vereinigungen bilden dadurch, dass sie zwar nicht als directe Organe der Kirche zu betrachten sind, aber doch durch ihre confessionelle Sonderstellung den rein kirchlichen Organisationen näherstehen. Hierher gehört der 1894 begründete „Evangelische Diakonie-Verein“ sowie die gleichfalls seit 1894 ins Leben gerufenen „Vereine für jüdische Krankenpflegerinnen“.

Alle diese theils kirchlichen, theils weltlichen Krankenpflege-Organisationen, über deren geschichtliche Entwickelung nähere Angaben in dem von Dietrich bearbeiteten Capitel von Band I dieses Handbuches, auf das wir zur eingehenden Orientirung in dieser Hinsicht verweisen, niedergelegt sind, beschäftigen sich in der Hauptsache mit der Erziehung und Heranbildung von berufsmässigem Pflegepersonal, zumeist von Krankenpflegerinnen, und demzufolge repräsentiren die von diesen Vereinigungen ausgebildeten und der Oeffentlichkeit zur Verfügung gestellten Pflegepersonen in ihrer Gesammtheit das Hauptcontingent der zur Zeit für die personelle Krankenwartung in Frage kommenden Hilfsmittel. Nach Dietrich (l. c. pag. 181) kann das insgesammt von den vorgenannten Vereinigungen gelieferte Krankenpflegepersonal auf ca. 5000 männliche und 27000 weibliche Pflegekräfte geschätzt werden, wobei die vom „Rothen Kreuz“ zu freiwilligen Kriegshelfern ausgebildeten, aber nicht zu Berufspflegepersonen geschulten 13000 Mitglieder von Sanitätskolonnen etc. nicht miteingerechnet sind.

Immerhin besteht trotz dieser umfangreichen Vereinsthätigkeit für die Zwecke der personellen Krankenwartung noch immer ein sehr fühlbarer Mangel an berufstüchtigem Pflegepersonal, und es ist daher ausserordentlich wünschenswerth, dass immer neue Hilfskräfte in geeigneter Weise für die Krankenpflege gewonnen werden. Bei der ungeheuren Zahl der überhaupt vorkommenden Erkrankungsfälle, welche theils in den Krankenanstalten, theils im Privathause zur Behandlung kommen, ist eine jede neue Organisation, die mit Ernst den Zweck verfolgt, gutes Personal für die Krankenwartung zu liefern, von ärztlicher Seite mit Freude zu begrüssen und andererseits zu wünschen, dass die bereits länger bestehenden und bewährten Kranken-

pflegevereinigungen auch weiterhin einer gedeihlichen Fortentwickelung zugeführt werden.

Wenn wir von diesem Standpunkte aus der Frage nähertreten, inwiefern es für die wissenschaftlichen Zwecke der Krankenpflege von grösserem oder geringerem Nutzen sei, dass die weitere Ausgestaltung des Krankenpflegewesens vorwiegend von kirchlicher oder weltlicher Seite in Angriff genommen wird, so werden wir dieselbe unzweifelhaft dahin beantworten müssen, dass den Aerzten angesichts des andauernden numerischen Mangels an personellen Hilfskräften nach wie vor sowohl die von den kirchlichen Organisationen ausgebildeten als die von den weltlichen Vereinigungen zur Verfügung gestellten Pflegepersonen als Helfer sehr willkommen sein werden, vorausgesetzt, dass sie sämmtlich denjenigen Anforderungen in ethischer, physischer, intellectueller und technischer Hinsicht vollauf gerecht werden, welche weiter oben als vom ärztlich-therapeutischen Standpunkte unerlässlich bezeichnet worden sind. Ob dem Arzte, der am Krankenbette einen tüchtigen, brauchbaren und pflichttreuen Gehilfen sucht, dieser in Gestalt eines barmherzigen Bruders, einer Diakonissin oder einer weltlichen Krankenpflegeperson entgegentritt, ist für die Erreichung des beabsichtigten ärztlichen Zweckes, nämlich einer guten Krankenfürsorge an sich irrelevant; aber unumgänglich nothwendig erscheint es, dass der Arzt in jedem Falle die Ueberzeugung haben darf, dass die aus wissenschaftlich-therapeutischen Gründen von ihm zu stellenden Anforderungen auch voll befriedigt werden. Immerhin dürfen wir nicht verschweigen, dass wiederholt von ärztlicher Seite Bedenken gegen die Verwendung geistlicher Krankenpflegepersonen geltend gemacht worden sind. Inwieweit diese Bedenken durch thatsächliche Unzulänglichkeiten begründet sind, lässt sich nicht genau ermessen; aber ganz ohne alle Veranlassung werden sie kaum erhoben worden sein, und jedenfalls sind die Bedenken derart und von solcher Bedeutung für die ärztlichen Ziele der Krankenpflege, dass sie nicht unbeachtet verhallen dürfen, sondern, soweit und wo es noththut, eine bessernde Wirkung üben müssen. Naturgemäss richten sich diese Einwendungen nicht gegen die ethische Qualität der betreffenden Pflegekräfte; denn es ist ja eine bekannte Thatsache, dass die kirchlichen Krankenpflegevereinigungen mit besonderer und sehr anzuerkennender Strenge den Lebenswandel der von ihnen erzogenen Pflegepersonen überwachen und beim Eintritt von Neulingen in die Verbände besonderen Werth darauf legen, dass sie sich nur aus Personen recrutiren, welche einen frommen, sittenreinen und selbstlosen Lebensweg auf ihre Fahne geschrieben haben. Mussten doch in früheren Zeiten z. B. sämmtliche Angehörige der katholischen Brüder- und Schwesternorden ausdrücklich für ihre ganze Lebenszeit sich durch ein besonderes Gelübde zu Armuth, Keuschheit und Gehorsam verpflichten, eine Vorschrift, welche erst in neuerer Zeit durch ein bezügliches jährlich zu erneuerndes Versprechen in milderer Form bei manchen Orden ersetzt wird (vgl. Dietrich, dieses Handbuch, Band I. pag. 62). Ebensowenig wird

gegen die physischen und intellectuellen Fähigkeiten der von den kirchlichen Genossenschaften dargebotenen Pflegekräfte ein Bedenken statthaben können, da auch auf das Vorhandensein einer gesunden Körperbeschaffenheit und einer guten Volksschulbildung von den meisten Ordensleitern beim Eintritt geachtet wird. Hingegen ist öfters betont worden, dass die berufstechnische Leistungsfähigkeit der geistlichen Krankenpflegepersonen bisweilen zu wünschen übrig lasse. Als Grund für diese Thatsache, welche des Oeftern zu offenkundigen Schädigungen der Kranken geführt hat, ist anzusehen, dass bei der Ausbildung in den hierhin gehörenden Fällen nicht genügend lange Zeit und genügende Sorgfalt darauf verwendet wurde, die Berufsaspiranten mit den neueren Fortschritten auf dem Gebiete der ärztlich-wissenschaftlichen Krankenpflege bekannt zu machen und dass ein verhältnissmässig zu grosser Nachdruck auf die theologisch-religiöse Durchbildung der Pflegepersonen gelegt wurde, während der modernen Berufsausbildung durch auf der Höhe der Zeit stehende Aerzte nicht der gebührende Platz eingeräumt wurde. Es sei ausdrücklich hervorgehoben, dass damit keineswegs ein allgemeiner Tadel gegen die geistlichen Krankenpflegeorganisationen ausgesprochen werden soll; denn einerseits bedarf es kaum hier des Hinweises auf die ehrwürdigen und achtunggebietenden Leistungen, welche die katholischen Krankenpflegeorden sowohl als die Diakonen- und Diakonissenverbände anerkanntermaassen seit der langen Spanne ihres Bestehens in der Krankenpflege aufzuweisen haben, andererseits haben wir selbst reichlich Gelegenheit gehabt, uns in praxi von der Vortrefflichkeit und Berufstüchtigkeit von Angehörigen beider Kategorieen von Krankenpflegepersonen zu überzeugen.

Ein anderer Einwand, der gegen die geistlichen Pflegepersonen geltend gemacht worden ist, hängt mit den bisherigen Erörterungen mittelbar zusammen. Es ist darauf hingewiesen worden, dass die geistlichen Organisationen sich vielfach bei der Ausbildung nicht darauf beschränken, Hilfskräfte für die personelle Krankenwartung zu erziehen, sondern dass sie gleichzeitig den Unterricht auf eine Reihe anderer, rein humanitärer Gebiete wie Waisenpflege, Armenpflege, Magdalenenpflege, Gefangenenpflege etc. erstrecken, welche mit der Fürsorge für Kranke, die ein vorwiegend ärztliches Arbeitsfeld darstellt, nicht in directer Beziehung stehen. Aus dieser Verwendung für so mannigfache und so differente Arbeitsgebiete umfassende Zwecke wird gefolgert, dass dabei leicht die Vorbereitung für die Krankenpflege, welche heutzutage für sich allein schon ein weites, ausgedehntes Lehr- und Lernfach bildet, in der Berufserziehung zu kurz kommen müsse. Eine ernstere Erwägung dieser Verhältnisse ist nicht von der Hand zu weisen. Es ist zweifellos vom ärztlichen Standpunkte aus wünschenswerth, dass der Krankenpflegeberuf als solcher für sich gesondert bestehe angesichts der zahlreichen besonderen und eigenartigen Berufspflichten und der vielfachen Fachkenntnisse und Facherfahrungen, welche er erfordert. Die berufsmässige personelle Krankenwartung ist eine Lebensaufgabe, welche die volle Kraft der sich ihr widmenden Personen in

Anspruch nimmt und wohlgeeignet erscheint, für sich einen hinreichenden Lebensinhalt zu bilden.

Des Ferneren muss von ärztlicher Seite an die kirchlichen Krankenpflegepersonen unbedingt die therapeutisch begründete Forderung gestellt werden, welche ja auch für das weltliche Pflegepersonal voll in Frage kommt, dass sie sich in der Ausübung der Krankenwartung streng an die Grenzen halten, welche durch ihre Stellung als ärztliche Hilfspersonen am Krankenbette gezogen werden. Im Hinblick darauf, dass sich die von geistlichen Genossenschaften ausgebildeten Pflegepersonen in erster Linie als kirchliche Beamte und als Gehilfen der Geistlichen fühlen, scheint es nothwendig zu sein, den ärztlichen Gesichtspunkt, unter dem sie am Krankenlager erscheinen, in besonderer Weise zu betonen. Betrachtet man die geistlichen Krankenpflegepersonen als „Gehilfen des Arztes", so ergiebt sich ohne Weiteres die Consequenz, dass der Arzt zu der Forderung berechtigt ist, dass die betreffenden Personen sich in jeder Beziehung so verhalten, dass er wirklich in ihnen eine Hilfe für sich und für den Kranken erblicken kann. Nach dem, was weiter oben über die Aufgaben der personellen Krankenwartung ausgeführt wurde, muss selbstverständlich jedes freihändige Eingreifen in die Leitung der Krankenbehandlung selbst, welche nur dem Arzte zusteht, unterbleiben, wofern es sich nicht um plötzliche Lebensgefahr in Abwesenheit des Arztes handelt. Ein Ueberschreiten der durch Feststellung dieses Grundsatzes gezogenen Thätigkeitsgrenze würde unweigerlich die betr. Pflegeperson der von den Aerzten mit Recht neuerdings so energisch bekämpften „Kurpfuscherei", welche häufig schwere Schädigungen für die Krankenbehandlung nach sich zieht, schuldig machen. Die Ordnung der Gesammtkrankenbehandlung, die Festsetzung des Heilplans, der genau bis ins kleinste hinein durchdacht werden muss, ist allein Sache des Arztes, der auch der Träger der Hauptverantwortung ist und streng darüber wachen muss, dass in seine Rechte und Pflichten nicht eingegriffen werde, dass seine Anordnungen aufs genaueste befolgt, seine Absichten nicht durchkreuzt, sein Einfluss auf den Kranken nicht beeinträchtigt werde. So gelangen wir zu der wichtigen Forderung an die personelle Krankenwartung, sei sie geistlichen oder weltlichen Genossenschaften entstammend: „Gehorsam gegen den Arzt". Dieser Gehorsam gegen den die Krankenbehandlung leitenden Arzt muss ein unbedingter sein, soweit es sich um Fragen handelt, welche zur Krankenpflege in Beziehung stehen. Es ist erforderlich, dass den geistlichen Pflegepersonen der Gehorsam gegen den Arzt geradezu als ein Theil des „Gehorsams gegen die Religion" erscheint und gilt, dem nachzukommen ihr eifriges Streben sein soll. Eine Kritik der Handlungsweise des Arztes und ein sich auf dieselbe gründendes Abweichen von seinen Anordnungen kann unmöglich als zulässig erachtet werden. Wenn ein Geistlicher den von ihm zu erziehenden Pflegepersonen in folgender Weise Belehrung ertheilt, was vorgekommen ist: Es geschieht, dass Aerzte Forderungen stellen, die eine

Schwester ohne Ungehorsam gegen Gott nicht befolgen kann; z. B., wenn ein Arzt forderte, eine Schwester solle den Kranken in Betreff seines Zustandes, sofern derselbe hoffnungslos sei, belügen bis in sein letztes Stündlein hinein, so könnte sie nicht gehorchen. Ein anderer Umstand, der Schwestern in schwere Gewissensbedenken bringen kann, ist der nicht immer von den Aerzten vermiedene Missbrauch der Narcotika. Hier kann keine bestimmte Regel gegeben werden. Fühlt eine Schwester sich in ihrem Gewissen bedrückt, so hat sie bei ihren Oberen sich Rath zu holen. Ein dritter Punkt betrifft das nicht unbedenklich erscheinende operative Eingreifen der Aerzte. Hierbei kommen Schwestern in Noth, wenn die Kranken sie um Rath fragen, ob sie in eine Operation willigen sollen oder nicht, was ja oft genug vorkommt. Nicht immer wird es einer erfahrenen Schwester leicht, zu sagen: „Folgen sie dem Rathe des Arztes!“ —, so muss hiergegen entschieden Einspruch erhoben werden (vgl. hierzu den vortrefflichen Aufsatz von Müller: Ueber Diakonissenerziehung. Deutsche Krankenpfl.-Ztg. 1899. pag. 177). Auf solche Weise wird man niemals dahin kommen, dem Arzte für die personelle Krankenwartung geeignete Hilfskräfte zur Verfügung zu stellen. Müller hat durchaus Recht, wenn er sagt: „Zur Erörterung solcher Fragen haben die Theologen weder Grund noch Berechtigung. Für sie besteht nur die Verpflichtung, ihre Diakonissen anzuweisen, den Anordnungen des Arztes in jedem Falle pünktlich und gehorsam nachzukommen“. Mit seinen Schlussworten trifft er den Nagel auf den Kopf, indem er sagt: „Wer nicht Arzt ist, urtheile nicht über ärztliche Fragen, er lasse die Finger von der Krankenbehandlung; wird er zur Krankenpflege zugezogen, so sei er sich bewusst, dass er nur ein Gehilfe des Arztes ist, dass er sich als solcher nur an die Vorschriften des Arztes zu halten hat. Kann er das nicht, oder will er das nicht, so ist er zu dem Amte untauglich, denn ungehorsame, ungetreue Helfer kann der Arzt im Interesse seiner Kranken nicht gebrauchen. Das oberste Gebot in der Erziehung der geistlichen Pflegepersonen zur Krankenpflege muss sein: Gehorsam gegen den Arzt — und dieser Gehorsam ist nichts weiter als ein Theil des Gehorsams gegen die Religion. Wird die Diakonissin in diesem Gehorsam zu ihrem schweren Berufe erzogen, dann wird sie das Ziel erreichen, das ich allen Schwestern wünsche: sie wird eine Zierde der Kirche, ein Segen dem Kranken und eine wirkliche Hilfe dem Arzte.“

Noch ein anderer Punkt muss hier zur Sprache gebracht werden, der für die Frage der Verwendung geistlichen Pflegepersonals vom ärztlichen Standpunkte von Wichtigkeit ist. Er betrifft den wiederholt gegen eine solche Verwendung erhobenen Einwand, dass man öfter die Erfahrung gemacht habe, dass die den geistlichen Genossenschaften angehörenden Pflegepersonen bisweilen die Neigung zeigen, ihre intime Stellung am Krankenbette dazu zu benutzen, um den religiösen bezw. confessionellen Standpunkt ihrer Pflegebefohlenen im Sinne einer Propaganda für die eigene confessionelle Glaubensrichtung zu beeinflussen. Es

ist ausser Zweifel, dass dieser Einwand, soweit er dazu dienen soll, die Verwendbarkeit der kirchlichen Pflegepersonen für die Krankenpflege im Allgemeinen als nicht empfehlenswerth hinzustellen, als unberechtigt und unbegründet anzusehen ist; denn es würde sicherlich eine erhebliche Verkennung der von den kirchlichen Krankenpflege-Genossenschaften angestrebten Ziele bedeuten, wollte man annehmen, dass dieselben es bei der Erziehung von „Brüdern" und „Schwestern" zum Krankendienst darauf absehen, Personen zur Verfügung zu haben, die am Krankenbette darauf hinarbeiten, „Seelen zu retten" und „Proselyten zu machen". Daran kann kein Zweifel sein, dass die Krankenpflege als solche, die Hilfe, die den armen Kranken gebracht werden soll, der eigentliche und ausschliessliche Zweck ist, den die geistlichen Körperschaften mit der Erziehung von Krankenpflegepersonen (barmherzige Brüder und Schwestern, Diakonen und Diakonissen) verfolgen. Mit Recht wird von Seiten der Genossenschaftsleiter ein derartiger Vorwurf, wie der beregte, scharf zurückgewiesen, weil er eben den Thatsachen nicht entspricht. Es ist nicht nur wiederholt von dieser Seite die Versicherung gegeben worden, dass die geistlichen Krankenpflegepersonen direct dazu angehalten werden, im Krankendienste von jeder Propaganda, die auf das religiöse Bekenntniss gerichtet ist, Abstand zu nehmen, sondern hervorragende Vertreter der confessionellen Krankenpflege haben sich öffentlich auf das Entschiedenste gegen die Zulässigkeit propagatorischer Agitationsversuche am Krankenbette ausgesprochen. So sagt z. B. der evangelische Pfarrer Dr. Berbig in seinem Aufsatze „Religion und Krankenpflege" (vgl. Deutsche Krankenpflege-Zeitg. 1898. pag. 233): „Gegen Bekehrungsversuche am Krankenbette, die auf den Wechsel des Bekenntnisses gerichtet sind, kämpft der gesunde Menschenverstand, denn es ist ebenso unverantwortlich wie unchristlich, gleichsam mit Gewalt unter den folternden Schmerzen in der Stunde der Krankheit, eine Veränderung der Glaubensüberzeugung herbeizuführen, wozu vielleicht während eines langen Lebens keine Gelegenheit oder Zeit war." In demselben Sinne spricht sich ein hervorragender katholischer Geistlicher hinsichtlich dieses Punktes (vgl. Deutsche Krankenpfl.-Ztg. 1899. pag. 20) aus: „Unseren Ordensfrauen giebt nicht der Pastor durch einen sehr reichlich ertheilten Religionsunterricht die Berufsausstattung, sie erhalten überhaupt keinen besonderen Religionsunterricht, sie machen als Klosterfrauen wie alle anderen Ordensleute ihre geistlichen Uebungen und damit gut. Die Krankenpflege ist ihnen nicht Nebensache, sondern Hauptsache, in dieser Thätigkeit geht ihr ganzes Leben auf. ‚Mittel zum Zweck' soll für die confessionellen Pflegerinnen ihre Beschäftigung sein? Zu welchem Zweck? Propaganda für die eigene Confession zu machen. Dieser alte Vorwurf ist ja leicht gemacht, aber bewiesen ist er nicht. Als Beweis wird angeführt, dass die Oberleitungen immer wieder versichern, es würde keine Propaganda getrieben. Wem sollte diese Logik nicht imponiren?" Diese Aeusserungen beweisen aufs deutlichste, dass der allgemeine Einwurf,

die kirchlichen Pflegepersonen seien zur Krankenpflegethätigkeit im ärztlichen Sinne weniger geeignet, weil hier die Gefahr einer propagatorischen Beeinflussung des Kranken vorliege, nicht zu Recht besteht und jedenfalls eine verallgemeinernde Herabsetzung ihres Werthes für die wissenschaftlich geregelte Krankenpflege bedeutet, welche ungerechtfertigt und nicht zu billigen ist. Wenn bisweilen Fälle vorkommen, welche dem Einwande Begründung zu geben scheinen, so dürfen dieselben nicht der Gesammtheit der kirchlichen Krankenpflege-Genossenschaften zur Last gelegt werden, sondern sie sind als Uebergriffe bezw. Kunstfehler der betreffenden einzelnen Pflegepersonen anzusehen, welche aus religiösem Uebereifer die ihnen gezogenen Grenzen der Berufsthätigkeit überschreiten und ihre Stellung dem Kranken gegenüber nicht richtig erkennen. Denn naturgemäss muss vom ärztlich-therapeutischen Standpunkte aufs Nachdrücklichste Verwahrung dagegen eingelegt werden, dass das Krankenzimmer jemals von Pflegepersonen zur Stätte religiöser Agitation gemacht werde. Es würde in einem derartigen Verhalten gegen den Kranken geradezu eine schwere Schädigung seiner psychischen Ruhe und ein Verstoss gegen die Grundregeln der wissenschaftlichen Krankenpflege erblickt werden müssen, welche sich ja die Aufgabe stellt, dem Kranken alles fern zu halten, was ihn erregen könnte. Es ist kein Zweifel, dass Disputationen über confessionelle Fragen in hohem Maasse dazu angethan sein würden, ihm seine Seelenruhe in nachtheiliger Weise zu stören und auf seinen Zustand in ungünstiger Weise einzuwirken (vgl. hierzu auch den Aufsatz von Feilchenfeld, Unterhaltung im Krankenzimmer. D. Krankenpfl.-Ztg. 1898. pag. 89). Es erscheint vielmehr unbedingt nothwendig, dass die Pflegepersonen im Verkehr mit Kranken deren religiöse Anschauungen in jeder Beziehung respectiren und sie sogar, wenn dies noththut, gegen Angriffe von anderer Seite schützen. Eine ganz andere Frage ist es, wenn darauf hingewiesen wird, die Krankenpflegepersonen hätten die Pflicht, dafür Sorge zu tragen, dass den Kranken, insbesondere den schwer oder unheilbar Erkrankten der Trost der Religion, den sie oft als ruhebringend ersehnen, nicht fehle. Kein vernünftiger Arzt wird etwas dagegen haben, dass dem religiösen Trostbedürfniss verzagender und bekümmerter Kranker Rechnung getragen werde. Im Gegentheil, bemüht alles Erdenkliche nur heranzuschaffen, was dem Kranken seine Sorgen erleichtern, sein Vertrauen stärken, seine Stimmung heben könnte, wird er es durchaus als wünschenswerth bezeichnen, dass dem religiösen Verlangen des Kranken, wenn er dies kundthut, entsprochen wird, sei es dadurch, dass der berufene Seelsorger, der der Confession des Kranken zugehörige Geistliche, veranlasst wird, den Kranken zu besuchen, sei es dadurch, dass die Pflegeperson dem Kranken eine geeignete Bibelstelle, einen trostreichen Spruch oder Vers vorliest. Aber damit ist auch ihre Thätigkeit nach dieser Richtung hin erschöpft und die eigentliche „Seelsorge“ im kirchlichen Sinne bildet nicht das Amt der Pflegeperson, sondern des Geistlichen.

### 5. Confessionelle und interconfessionelle Krankenpflege.

Ausgehend von der Thatsache, dass die ersten geordneten und dauernd in Wirksamkeit getretenen Krankenpflege-Organisationen sich, wenn wir die geschichtliche Entwickelung der personellen Krankenwartung verfolgen, auf dem Boden der christlichen Kirche finden, hat man in früheren Zeiten in ausgedehntem Maasse geglaubt, dass die Ausübung des Krankenpflegeberufes an die Zugehörigkeit zu einer bestimmten confessionellen Gemeinschaft gebunden sein müsse. Man hat in dem Umstande, dass eine anerkanntermaassen für die zeitlichen wissenschaftlichen Fortschritte vorzügliche Krankenwartung Jahrhunderte hindurch ausschliesslich in den Händen der katholischen geistlichen Orden lag, einen Beweis dafür erblicken wollen, dass allein das katholische Bekenntniss eine geeignete Basis für eine erfolgreiche Bethätigung in der Krankenpflege abgeben könne. Erst durch die segensreiche Wirksamkeit der auf evangelischem Boden erwachsenen Diakonen- und Diakonissen-Anstalten wurde der unwiderlegliche Nachweis geliefert, dass die Eignung zur personellen Krankenwartung nicht an die Zugehörigkeit zur katholischen Confession geknüpft sei. Wenn nun auch angesichts dieser Verhältnisse nicht mehr die Annahme zu recht bestehen konnte, dass eine einzelne bestimmte confessionelle Richtung (die katholische) für sich das alleinige Vorrecht in Anspruch nehmen dürfe, geeignete Krankenpflegepersonen zur Verfügung zu stellen, so wurde doch eine Zeit lang die Ansicht festgehalten, dass eine zweckentsprechende Krankenpflegethätigkeit nur von Personen geleistet werden könne, welche einer geistlichen Krankenpflege-Vereinigung, wie sie die katholischen Orden der barmherzigen Brüder und barmherzigen Schwestern und die evangelischen Diakonen- und Diakonissenhäuser darstellen, zugehören. Aber auch diese Anschauung erzeigte sich als hinfällig angesichts der Thatsache, dass auch die seit der Mitte des 19. Jahrhunderts ins Leben gerufenen und in gedeihlicher Weise weiterentwickelten weltlichen Krankenpflege-Vereinigungen ein Personal für die Krankenwartung lieferten, das den ärztlichen Anforderungen gerecht wurde. Die vorzüglichen Erfolge insbesondere der englischen weltlichen Krankenpflegerinnen trugen wesentlich dazu bei, auch den weltlichen Krankenpflege-Vereinigungen und den von ihnen ausgebildeten und erzogenen Pflegekräften in wachsendem Maasse Anerkennung und Ansehen zu sichern. Ebenso gelang es auch den deutschen Vereinen vom Rothen Kreuz, welche gleichfalls weltlicher Natur sind, unter der fördernden Protection hochgestellter und einflussreicher Persönlichkeiten in ihren vorwiegend im Hinblick auf die Kriegskrankenpflege begründeten Krankenanstalten und den sich an dieselben anschliessenden Pflegerinnenschulen weltliche Krankenpflegekräfte auszubilden, die sich gut bewährt haben. Das Gleiche gilt von der nach englischem Muster eingerichteten Pflegerinnenschule des Victoriahauses in Berlin, deren Leistungen in ärztlichen Kreisen sich sogar besonderer Anerkennung zu erfreuen hatten (vgl. v. Leyden, Ueber Specialkrankenhäuser, pag. 10),

ferner der Pflegerinnenschule des Augustahospitals u. a. Wenn auch durch diese Erfolge der weltlichen Krankenpflege-Vereinigungen aufs Klarste bewiesen wurde, dass die Grundlagen für die Ausbildung und Erziehung guter Krankenpflegekräfte nicht mit Nothwendigkeit in den von Geistlichen organisirten und geleiteten kirchlichen Verbänden erblickt werden müssen, so bestand doch noch bis vor kurzer Zeit in weiten Kreisen die Meinung, dass die Krankenpflegepersonen, wenn es schon nicht erforderlich sei, dass sie den geistlichen Organisationen entstammten, wenigstens einem der christlichen Bekenntnisse zugehören müssten, um aus den ethischen Grundlehren der christlichen Religion eine geeignete Grundlage für ihre aufopfernde und verantwortungsvolle Thätigkeit schöpfen zu können. Aus dieser Anschauung heraus, welche durch die Betrachtung der geschichtlichen Entwickelung der organisirten Krankenpflege scheinbar unterstützt wurde, behielt man eine gewisse confessionelle Sonderung auf dem Gebiete der personellen Krankenwartung insofern bei, als man vielerorts jüdischen Berufsaspirantinnen den Eintritt in die Krankenpflege-Verbände verwehrte. Erst seit der allerjüngsten Zeit beginnt auch diese selbst von manchen rein weltlichen und im Uebrigen interconfessionell geordneten Krankenpflege-Vereinigungen gezogene Schranke zu fallen, nachdem insbesondere durch die in den letzten Jahren erfolgreich emporgeblühten rein confessionell gehaltenen jüdischen Krankenpflege-Vereine der überzeugende Nachweis geliefert wurde, dass Angehörige des jüdischen Bekenntnisses sehr wohl den Krankenpflegeberuf in erspriesslicher und alle Anforderungen befriedigender Weise ausüben können, wenn ihnen nur die geeignete Gelegenheit gegeben wird, auf den Grundlagen einer umsichtig und sorgfältig geleiteten Organisation und unter tüchtiger ärztlicher Leitung eine den modernen Anforderungen entsprechende Berufserziehung und Fachschulung zu geniessen. So sehen wir denn beim Beginne des 20. Jahrhunderts neben der confessionellen Krankenpflege auch die interconfessionelle Krankenpflege mehr und mehr sich Bahn brechen und Boden gewinnen. Unwillkürlich drängt sich die Beobachtung auf, dass man in immer weiteren Kreisen die Anschauung gewinnt, dass die berufsmässige Ausübung der personellen Krankenwartung überhaupt nicht an die Zugehörigkeit zu irgend einer bestimmten Confession gebunden ist, sondern in gleich erfolgreicher und zweckentsprechender Weise von Angehörigen sowohl der katholischen als der evangelischen als der jüdischen Confession versehen werden kann, womit natürlich keineswegs etwa gesagt sein soll, dass eine religions- oder confessionslose Pflegerschaft als wünschenswerth oder zulässig erachtet werden soll; es beginnt sich vielmehr die Auffassung Geltung zu verschaffen, dass sich allmählich neben der confessionellen Krankenpflege auch eine wahrhaft interconfessionelle Krankenpflege, welche in gleichberechtigender und toleranter Weise Angehörige der verschiedenen Confessionen einschliesst, entwickeln möge.

Wenn man die Gesammtheit der Krankenpflegepersonen als einen durch die Gleichartigkeit der Thätigkeit zusammengefügten und durch die Eigen-

artigkeit der Thätigkeit von den anderen Berufsarten sich abhebenden Berufsstand betrachtet, sowie es vom ärztlichen Standpunkte als berechtigt angesehen werden muss, dann ergiebt sich das Naturgemässe einer Weiterentwickelung der personellen Krankenpflege in der erwähnten Richtung ganz von selbst; man hat nur nöthig, den naheliegenden Vergleich mit dem ärztlichen Stande zu ziehen. Auch hier haben wir einen sehr verantwortungsvollen, Aufopferung, Selbstverleugnung und Hingebung beanspruchenden Beruf, der nach manchen Richtungen hin grosse Aehnlichkeit mit dem Krankenpflegeberufe aufweist, nnd auch hier hat sich das interconfessionelle Princip nicht nur Geltung zu verschaffen gewusst, sondern auch in erfolgreicher Weise bewährt. Die von confessioneller Seite hier und da gegen die Förderung der interconfessionellen Krankenpflege erhobenen Einwände, welche in der Behauptung gipfeln, dass die Gleichartigkeit der Confession aller einem Krankenpflege-Verbande zugehörenden Pflegepersonen sehr wesentlich dazu beitrage, der betreffenden Genossenschaft einen festeren Halt in sich selbst zu verleihen, können heutzutage nicht mehr als stichhaltig angesehen werden, nachdem durch die erfolgreiche Entwickelung der interconfessionell organisirten Vereinigungen wie der Rothe Kreuz-Vereine, der Krankenpflege-Anstalt Victoriahaus in Berlin, des Krankenpflege-Vereins in Schönebeck, welch letztere beiden Vereinigungen sogar eine völlig unbeschränkte Interconfessionalität mit Nachdruck vertreten haben, u. a. der Beweis erbracht worden ist, dass eine in ihren Leistungen hochstehende Genossenschaft auch bei Verfolgung des interconfessionellen Princips in gedeihlicher Weise bestehen kann.

Wurde im Vorhergehenden die Frage erörtert, wie sich das Verhältniss von „Confession und Krankenpflegeperson“ gestaltet, so sei jetzt auch noch kurz die Frage berührt, welche sich auf die Confession der zu pflegenden Kranken selbst bezieht. Auch in dieser Frage erscheint es vom ärztlichen Standpunkt durchaus wünschenswerth, für ein interconfessionelles System einzutreten. Die Confession des Kranken darf in keiner Weise maassgebend bei der Ausübung der personellen Krankenwartung sein. „Die Kranken gehören keiner besonderen Sekte an; wie auch immer unser Glaube, unsere religiösen Anschauungen beschaffen sein mögen, wir können uns alle in der Fürsorge für die Armen und Leidenden vereinigen und so die edleren Regungen unserer Natur in derselben Weise bekunden.“ Wie der Arzt nicht nach dem Glaubensbekenntniss des Leidenden fragt, der seine Hilfe begehrt, so auch hat die Krankenpflegeperson ihre Aufgabe am Krankenbette ohne jede Rücksicht auf das Bekenntniss des Kranken mit gleicher Freudigkeit und Hingebung zu erfüllen. Es ist diese Forderung eine so selbstverständliche, dass man darüber nicht mehr viele Worte zu verlieren braucht; sie ist ein elementares Gebot der Nächstenliebe und Humanität und entspricht der Sittenlehre, welche die hochstehendsten Religionssysteme der Gegenwart verkünden. „Liebe deinen Nächsten wie dich selbst“, das gilt nicht nur dem Bruder im Glauben, das gilt für alle Menschen und für alle Zeiten. Und es ist ausserordentlich erfreulich, dass dieser Grundsatz der Inter-

confessionalität, welche sich auf das Object aller Therapie und aller Krankenpflegethätigkeit, auf den Kranken selber bezieht, sich sowohl seitens der confessionellen als der interconfessionellen Krankenpflege-Organisationen allgemeiner Billigung und Würdigung und auch practischer Durchführung erfreut. Alle Körperschaften, welche sich mit der Bereitstellung von Krankenpflegepersonen beschäftigen, seien es katholische, evangelische, jüdische oder interconfessionelle Vereinigungen, haben in ihren Satzungen in übereinstimmender Weise die Anordnung niedergelegt, dass die von ihnen ausgebildeten Pflegekräfte an das ihre Hilfe in Anspruch nehmende Publikum „ohne Unterschied der Confession" abgegeben werden. Selbst für das Gebiet der unentgeltlichen Armen-Krankenpflege scheint dieser Grundsatz sich neuerdings zu allgemeiner Geltung bringen zu wollen.

### 6. Männliche und weibliche Krankenpflege.

Betrachtet man die Zahlenverhältnisse der von den verschiedenen Krankenpflege-Vereinigungen zur Verfügung gestellten Krankenpflegepersonen, so ergiebt sich die auffallende Thatsache, dass die Gesammtsumme der ausgebildeten weiblichen Pflegekräfte eine weitaus grössere ist als die der männlichen. Das Verhältniss der weiblichen Krankenpflege zur männlichen ist gegenwärtig nahezu 5 : 1; die erstere hat also eine erheblich grössere Ausbreitung und steht zur Zeit insofern im Vordergrunde der auf die Gewinnung geeigneten Pflegepersonals gerichteten Bestrebungen, als sich die grössere Zahl der Krankenpflege-Vereinigungen überhaupt vollkommen darauf beschränkt, weibliches Personal auszubilden. Diese Thatsache steht im Einklang mit der geschichtlichen Entwickelung des Krankenpflegewesens, welche erkennen lässt, dass die weiblichen Krankenpflegepersonen von jeher sich ein gewisses Uebergewicht auf dem Gebiete der personellen Krankenwartung zu erhalten gewusst haben. Es müssen also innere Gründe vorhanden sein, welche als Ursache für diese eigenthümliche Erscheinung angesehen werden können. Diese Gründe liegen in der Eigenart der Krankenpflegethätigkeit einerseits und in der Besonderheit des weiblichen Naturells andererseits, welch letzteres im Allgemeinen eine Reihe von sich immer wieder findenden Zügen hervortreten lässt, die im männlichen Naturell weniger ausgeprägt sind, aber gerade für die personelle Krankenwartung einen sehr günstigen Boden abgeben und für die Ausübung dieser Berufsthätigkeit von ausserordentlichem Werth sind. Die seit Alters den Frauen zufallende Aufgabe, für die Behaglichkeit, Bequemlichkeit und Ordnung im Familienkreise zu sorgen und die grossen, kleinen und kleinsten Pflichten treulich zu versehen, welche ihnen erwachsen in dem Bestreben, dem im Kampfe um die Existenz draussen ringenden Manne eine Stätte zu bieten, wo er Erleichterung von seinen Mühen, Erquickung und Ruhe findet, und ebenso den Kindern in ihrer Unselbstständigkeit und Unbehilflichkeit schützend, pflegend, berathend zur Seite zu stehen,

macht sie ganz naturgemäss auch in hervorragendem Maasse geschickt und fähig, die treu sorgende Pflege und Obhut kranker Personen zu übernehmen. Ist es doch auch die natürliche Aufgabe der Frau, die Pflegerin erkrankter Familienangehöriger zu sein und ihnen nach Kräften in den Stunden des Leidens, der Schmerzen, der Arbeitsunfähigkeit lindernd, tröstend und hilfreich Beistand zu leisten. So weist die natürliche, der altgewohnten Ordnung menschlicher Verhältnisse entsprechende Bestimmung der Frau diese deutlich auf ein Arbeitsfeld und eine Berufsthätigkeit hin, welche, wie die Krankenpflege, ihr die Möglichkeit bietet, die schönsten, erhabensten und edelsten Seiten ihres Naturells zur Geltung zu bringen und in nützlicher, segensreicher Weise zu verwerthen. Und so sehen wir auch seit den frühesten Zeiten, in denen überhaupt eine geordnetere personelle Krankenwartung entstand, besonders diejenigen Frauen sich der dauernden Ausübung der Krankenpflegethätigkeit zuwenden, welchen die ihren ursprünglichen Lebensinhalt darstellende Fürsorge für die eigenen Familienmitglieder unmöglich war, nämlich die verwittweten und ehelosen Frauen; diese fanden und finden gerade in der Ausübung der Krankenpflegethätigkeit eine beglückende Lebensaufgabe und einen befriedigenden Lebensinhalt, gewissermaassen ein geeignetes Surrogat für die ihnen versagte Fürsorge in der eigenen Familie. Im Krankenpflegeberufe finden sie in ausgiebigem Maasse Gelegenheit, dem sie gern willkommen heissenden, ihre Hilfe ersehnenden Kranken liebevoll, umsichtig, treu und aufopfernd seine Leiden zu lindern, für ihn zu denken, ihm zu rathen, ihn zu bedienen, ihm alle die kleinen Handreichungen mit leichter, geschickter Hand zu Theil werden zu lassen, deren er bedarf; am Krankenbette können sie weibliche Tugenden und Tüchtigkeiten, wie peinliche Ordnungsliebe und Sauberkeit, Güte, Milde, Sanftmuth, Geduld, Gehorsam, Treue aufs Beste bethätigen und üben. Es ist somit sehr erklärlich, dass dieser inneren Prädestination der Frauen für die Ausübung der personellen Krankenwartung auch ihre Leistungen auf diesem Gebiete entsprochen haben, und es kann ebensowenig ein Zweifel darüber sein, dass diese durch den langen Zeitraum der Jahrhunderte in immer wachsendem Maasse und Umfange prästirten Leistungen unsere grösste Achtung und Werthschätzung herausfordern. Die vorzügliche Bewährung der weiblichen Krankenpflege hat in neuerer Zeit zur Folge gehabt, dass die Ansicht, dass das weibliche Geschlecht sich überhaupt für die Krankenpflege besser eigne als das männliche, eine allgemeinere Verbreitung gefunden hat, und demgemäss ist die männliche Krankenpflege in der letzten Epoche mehr und mehr von der weiblichen eingeengt und verdrängt worden. Auf Grund langjähriger Erfahrung haben sich eine Reihe hervorragender Aerzte dahin ausgesprochen, dass im Allgemeinen die Krankenpflege durch Frauen und Mädchen vor der durch männliche Pflegepersonen zu bevorzugen sei. So sagt z. B. v. Leyden (Ueber Specialkrankenhäuser, 1890, pag. 9): „Gegenwärtig ist es wohl ziemlich allgemein anerkannt, dass die weibliche Krankenpflege als die vorzüg-

lichste hinzustellen ist." In ähnlicher Weise haben sich v. Ziemssen, König, Buttersack, Bäumler, Mendelsohn u. A. geäussert. Auch in den neueren Leitfäden und Lehrbüchern für Krankenpflegepersonen tritt die Anschauung vielfach hervor, dass die Ausübung der Krankenpflegethätigkeit am besten in den Händen von Pflegerinnen ruhe. So sagt z. B. Lazarus (Krankenpflege. Handbuch f. Krankenpflegerinnen und Familien. Berlin 1897): „Wenn zumeist von dem weiblichen Geschlecht Gelegenheit genommen wird, sich diesem Berufe zu widmen, so ist dies eine Folge der natürlichen Beschaffenheit des Weibes. Weil Zartgefühl, Sanftmuth, Geduld, Fügsamkeit und der Sinn für Sauberkeit die eigensten Mitgaben von der Natur für die Frau sind und ihre hervorragendsten Charaktereigenschaften bilden, darum ist die Frau die geborene Krankenpflegerin." Am weitesten geht in der Bevorzugung der weiblichen Krankenpflege Aufrecht (Anleitung zur Krankenpflege. 1898. Wien und Leipzig. A. Hölder. pag. 1), indem er sagt: „Die Krankenpflege sollte ausschliesslich den Händen und dem Herzen der Frau anvertraut sein." Diesem extremen Standpunkt entsprechend wenden sich einige der neueren Lehrbücher der Krankenwartung ausschliesslich an die weiblichen Krankenpflegepersonen. Auch haben in letzter Zeit eine Reihe grösserer Krankenhäuser, wie dies in England und Dänemark schon seit längerem geschieht, ihre Stationen gänzlich mit weiblichem Pflegepersonal besetzt, die Männerabtheilungen einbegriffen, und der Erfolg scheint die Berechtigung dieser Maassnahme darzuthun. Man kann nun sehr wohl der weiblichen Krankenpflege im Allgemeinen den Vorzug geben und dem weiblichen Geschlechte auch im Allgemeinen eine grössere Befähigung zur personellen Krankenwartung vindiciren, welchen Standpunkt auch wir vertreten möchten, ohne darum die Ansicht zu theilen, dass die männlichen Pflegepersonen ganz von dem Berufe ausgeschlossen werden sollten. Denn zweifellos giebt es auch, besonders seitdem man in den allerletzten Jahren auch dem männlichen Pflegepersonal und seiner Ausbildung bezw. Fortbildung grössere Aufmerksamkeit zuzuwenden begonnen hat, eine Anzahl männlicher Krankenpflegepersonen, welche durchaus als berufstüchtig und leistungsfähig bezeichnet werden müssen. Und, abgesehen davon, hat sich auch erwiesen, dass aus rein sachlichen Gründen die männliche Krankenpflege nicht gänzlich entbehrt werden kann. Mit Recht bekämpft Dietrich (vgl. Deutsche Krankenpflege-Ztg. 1898. pag. 4) die Ansicht, dass die männlichen Krankenpfleger nur eine untergeordnete Rolle spielen und vielleicht ganz auf sie verzichtet werden kann, indem er daran erinnert, dass es Handreichungen in der Krankenpflege giebt, für welche die physischen Kräfte des Weibes selten ausreichen, und dass es auch Handreichungen an Kranken männlichen Geschlechts giebt, die man den Frauen nicht zumuthen soll. Auch darin kann nur zugestimmt werden, dass zur Erziehung und Verpflegung von Knaben und Jünglingen, die an Epilepsie oder Schwachsinn leiden, und zur Wartung der männlichen Geisteskranken, welche in ihren Wahnvorstellungen die Achtung vor dem Schamgefühl der Frauen nicht zu

bewahren pflegen, besser männliche Krankenpflegepersonen herangezogen werden. Von anderer Seite ist gegen die ausschliessliche Verwendung weiblichen Pflegepersonals geltend gemacht worden, dass es überhaupt „unschicklich“ sei, dass weibliche Personen kranke Männer warten und und pflegen, weil bei allen Schwerkranken ihrer Unbehilflichkeit wegen Verrichtungen seitens der Pflegerin nothwendig wären, welche sich für das weibliche Geschlecht aus sittlichen Gründen nicht eigneten, und dementsprechend wurde die Forderung erhoben, dass auf den Männerabtheilungen der Krankenanstalten ausschliesslich Männer, auf den Frauenabtheilungen ausschliesslich Frauen die Pflegethätigkeit übernehmen sollten. Diese Auffassung scheint uns jedoch zu weit zu gehen; es ist sicherlich demgegenüber berechtigt, darauf hinzuweisen, dass der Krankenpflegeberuf doch, ähnlich wie der Beruf des Arztes, eine so eigenartige Stellung im Vergleich zu allen übrigen Berufsarten einnimmt, dass in der Ausübung dieser Berufsthätigkeit unmöglich diejenigen Schicklichkeitsnormen als unabänderlich und unerlässlich angesehen werden können, welche im gewöhnlichen Leben als zu Recht bestehend anerkannt werden. Der Krankenpflegeberuf, wie auch der Beruf des Arztes, legen in ethischer Hinsicht so viele und schwierige Pflichten auf und bilden in dem Maasse eine Vertrauensstellung für die sie ausübenden Personen, dass man mit Recht diesen die Eigenschaft sittlicher Festigkeit und hinreichender Selbstbeherrschung in dem Grade ohne Weiteres zurechnen darf, dass das Geschlecht des ihrer Obhut anvertrauten Kranken keine Rolle spielen kann. Ebenso verkehrt, wie es sein würde, von den Aerzten zu verlangen, dass sie sich des Rechtes begäben, weibliche Kranke zu behandeln, erscheint uns die allgemeine Forderung, dass den Pflegerinnen die Pflege männlicher Kranker untersagt werden solle. Vom therapeutisch-ärztlichen Standpunkt aus ist zu verlangen, dass die Pflegepersonen beiderlei Geschlechts in ihren Pfleglingen einzig und allein kranke Menschen sehen, zu deren Gesundung und Wiederherstellung sie in ihrer Eigenschaft als des Arztes Gehilfen in fürsorglicher Weise beizutragen haben. Allerdings besteht die Voraussetzung, dass sich dem Krankenpflegeberufe nur solche Personen widmen resp. in ihn Eingang finden sollen, welche den weiter oben eingehender erörterten ethischen Anforderungen des Arztes genügen. Darüber zu wachen, dass die Pflegepersonen das in sie gesetzte Vertrauen rechtfertigen, ferner Einrichtungen zu treffen, welche eine solche Ueberwachung ermöglichen, liegt sehr im Interesse der Aerzte und der ärztlichen Behandlung, und sich um die Förderung hierauf abzielender Bestrebungen zu bekümmern ist eine therapeutisch begründete Pflicht, welche sie nicht vernachlässigen sollten. Dies gilt sowohl hinsichtlich der weiblichen, wie der männlichen Krankenpflegepersonen. Bezüglich der ersteren ist, entsprechend ihrer umfassenderen Verbreitung und der gewichtigeren Bedeutung, welche ihrer Ausbildung bis vor Kurzem allgemein beigemessen wurde, die Fürsorge für eine sorgfältige Auswahl der in den Pflegeberuf Eintretenden und die dauernde Ueberwachung der ihn Ausübenden bislang viel besser

und zweckmässiger gewesen als bezüglich des männlichen Pflegepersonals, bei welchem derartige ärztliche Bestrebungen erst in der allerletzten Zeit hervorgetreten sind. Während sowohl die Aufnahmebestimmungen für die in die verschiedenen geistlichen und weltlichen Krankenpflegegenossenschaften, welche weibliche Kräfte für die personelle Krankenwartung heranbilden, eintretenden Schülerinnen ziemlich strenge Auswahl unter den Berufsaspirantinnen zu halten gestatten, als auch die in den Satzungen für die Berufsausübung niedergelegten Grundsätze, im Besonderen der enge, dauernde Anschluss an die Verwaltung und Leitung der Mutterhäuser eine stetige Controle über die geschulten Pflegeschwestern ermöglichen, entbehrten die männlichen Pflegepersonen fast gänzlich zuverlässiger Institutionen für die Abhebung der für die Krankenpflegethätigkeit geeigneten Personen von den ungeeigneten und für die dauernd unvermindert zu erhaltende Berufstüchtigkeit und Leistungsfähigkeit. In diesem Umstande lag einer der Gründe, welche die Herabsetzung des Ansehens des männlichen Pflegepersonals überhaupt bewirkt haben, die ihrerseits wiederum eine Einschränkung der beruflichen Wirksamkeit für diese Pflegegruppe zur Folge gehabt hat. Mit Recht klagte Dietrich noch vor Kurzem in seinem trefflichen Aufsatze „Brauchen wir männliche Pfleger?“ (Deutsche Krankenpflege-Ztg. 1898. pag. 5): „Das männliche Pflegepersonal, das man jetzt meist in Kranken- und Irrenhäusern findet, können wir vielfach nicht gebrauchen. Ich meine die Hauptmasse der Wärter, die ausserhalb der Krankenpflegegenossenschaften stehen. Wohl giebt es auch unter den Privatkrankenwärtern tüchtige und geeignete Leute, die ihre Kranken mit Lust und Liebe zur Sache und nicht ausschliesslich um des Lohnes willen gut versorgen, aber das sind Ausnahmen. Geht man die grossen und die kleinen Krankenhäuser durch, so findet man allerorts Leute als Wärter angestellt, die als Reconvalescenten oder aus einer niederen Dienststellung im Krankenhause oder in der Verwaltung einfach in den Krankendienst übernommen sind. Für die Krankenpflege fehlt ihnen vor allen Dingen eins, das ist die Herzensbildung, das Mitleid, die Liebe zu den Kranken, die unwillkürlich zu einem verständigen, klugen, einsichtsvollen und für den Kranken allein zweckmässigen Benehmen in der Krankenpflege führt.“ Dietrich tritt in seiner Arbeit, deren Ausführungen wir nur vollkommen zustimmen können, warm für eine ausgedehntere Heranbildung und Verwendung männlichen Genossenschaftspersonals ein nach dem Vorbilde der barmherzigen Brüder und der Diakonen; er schlägt insbesondere vor, auch mit männlichen Diaconieseminaren (nach Art des Zimmer'schen Diaconie-Vereins) und männlichen Pflegern in den Vereinen vom rothen Kreuz einen Versuch zu machen. Auch Waldschmidt (vgl. Deutsche Krankenpflege-Ztg. 1898. pag. 160) befürwortet die Beschreitung dieses Weges zur Verbesserung der männlichen Pflegekräfte; er giebt eine äusserst charakteristische Schilderung des gegenwärtig meist vorhandenen männlichen Anstaltspersonals, indem er sagt: „Ausser einem relativ kleinen Stamm tüchtiger älterer Leute bildet das Gros eine zusammen-

gelaufene Anzahl junger Menschen jeglichen Berufes: Kaufleute, Mediciner, Juristen, Bäcker, Schuster, Schneider, im Winter häufig Gärtner — kurz, alle Stände sind vertreten und die allerwenigsten sind Berufspfleger. Für den Winter sucht eben Mancher Unterschlupf, indem er einmal versucht, Krankenpfleger zu werden, um sich für einige Monate ordentlich verpflegen zu lassen. Das sind die Leute, denen wir unsere Kranken anvertrauen müssen! Da scheint es mir wahrlich nicht werthlos, uns nach Anderem, so nach männlichen Diaconieseminaren, umzusehen.“ Allerdings ist, so wünschenswerth auch wir Versuche in der erwähnten Richtung halten, bis jetzt der Dietrich'sche Vorschlag noch nicht zur Ausführung gelangt; hoffentlich bringt die nächste Zukunft in dieser Frage erfreuliche Neuerungen. Nicht minder wichtig erscheint uns eine Hebung und Vervollkommnung der männlichen Krankenwartung auf dem Gebiete der Privatkrankenpflege. Wenn auch die sich selbstständig dem Privatpflegeberuf widmenden Männer zum Theil aus älteren, erfahreneren Personen bestehen, die zuvor längere Zeit in der Hospitalpflege thätig waren, so finden sich doch auch unter den Privatpflegern eine nicht geringe Zahl von Leuten, welche ihre Thätigkeit zu handwerksmässig und ohne rechtes Verständniss für ihre beruflichen Aufgaben betreiben; bei vielen lassen auch fachliche Vorbildung und Leistungsfähigkeit erheblich zu wünschen übrig. Und doch ist es angesichts der so geringen und bei Weitem dem Bedürfnisse nicht entsprechenden Zahl der von den kirchlichen Genossenschaften zur Verfügung gestellten männlichen Pflegepersonen ausserordentlich nothwendig, dass hier Wandel geschaffen und für zahlreicheres, gut ausgebildetes, ethisch und technisch höher stehendes Personal gesorgt wird. Anscheinend ist es mir erfreulicherweise gelungen, selbst nach dieser Richtung hin zu einer Besserung der bisherigen Verhältnisse beizutragen, indem ich mich bemühte, eine Standes-Organisation der selbstständigen Krankenpflegepersonen, der männlichen wie der weiblichen, und zwar zunächst der in der Privatpflege beschäftigten, in die Wege zu leiten, welche sich sowohl die ethische als berufstechnische Fortbildung der selbstständigen Krankenpflegepersonen zum Ziel gesetzt hat, freilich aber bei der erst kurzen Zeit, die seit der Begründung verflossen ist, bisher nur eine verhältnissmässig geringe Ausdehnung erlangt hat (vgl. Deutsche Krankenpfl.-Ztg. 1898. pag. 87 und 1899. pag. 29, 61). Hoffentlich liefert die Beschreitung dieses neuen Weges auch weiterhin eine brauchbare Beihilfe zur Vervollkommnung der personellen Krankenwartung, insbesondere auch der männlichen! Vielleicht gelingt es auch, ähnliche Standes-Vereinigungen für die Anstaltspflege zu schaffen, und so auch in dieser Fortschritte zu erreichen.

### 7. Genossenschaftspflege und freie Krankenpflege.

Schon aus den vorhergehenden Erörterungen ist zu ersehen, wie grosse Schwierigkeiten sich heutzutage dem Bestreben entgegenstellen,

ein in therapeutischer Hinsicht einwandfreies männliches und weibliches Personal für die Krankenwartung in hinreichender Zahl zu erzielen, und es unterliegt für uns keinem Zweifel, dass die Förderung und Lösung dieser Frage, an der ja vor Allem die Aerzte im Interesse der Erfolge ihrer Krankenbehandlung eine tiefgehende Antheilnahme hegen, nicht ohne die Berücksichtigung organisatorischer Einrichtungen und deren Würdigung vom ärztlich-wissenschaftlichen Standpunkte weitergeführt werden kann. Wenn man einen Blick auf die Gesammtheit des gegenwärtig den Aerzten für die personelle Krankenpflege zur Verfügung stehenden Personals wirft, so tritt zunächst die Erscheinung in den Vordergrund, dass die personellen Hilfskräfte in verschiedene gesonderte Gruppen eingetheilt sind, deren jede ihre eigene, von den anderen in manchem Punkte abweichende Organisation, ihre eigenen Satzungen, ihre eigene Ausbildung, sogar ihre eigene Berufsauffassung haben. Erklärt wird diese Thatsache durch die geschichtliche Entwickelung der Krankenwartung, deren Studium deutlich erkennen lässt, dass nach Ablauf gewisser Zeiträume sich immer wieder neue Organisationen auf diesem Gebiete gebildet haben, durch das Bedürfniss der Zeit ins Leben gerufen, welche sich den bereits vorhandenen anreihten, aber in ihrer inneren Gestaltung doch sich nach mannigfacher Richtung erheblich von einander unterschieden. Solche Gruppen von Krankenpflegepersonen sind die katholischen Krankenpflege-Orden, ferner die Diakonen- und Diakonissen-Anstalten mit ihren Brüder- und Schwesterverbänden, dann die Schwesternhäuser vom Rothen Kreuz, die kleineren weltlichen Schwesternverbände, der evangelische Diakonie-Verein, die Vereine für jüdische Krankenpflegerinnen mit ihren Schwesternverbänden und schliesslich die Gruppe der sogenannten freien Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen. Alle diese Gruppen mit Ausnahme der letztgenannten zeigen jedoch, sowohl die kirchlichen als die weltlichen, eine ihnen gemeinsame Einrichtung, welche sie von der letzten Pflegegruppe unterscheidet. Es ist dies die Zusammenfassung der ihnen angehörenden Pflegekräfte zu einer dauernden Genossenschaft, in welcher die einzelnen Mitglieder meist während ihrer ganzen Lebenszeit verbleiben und zu deren Leitung sie zu jeder Zeit in der Ausübung ihrer Berufsthätigkeit in enger Beziehung stehen. Diese Wahrnehmung muss den Gedanken nahelegen, dass die in früheren Zeiten von Seiten der älteren Krankenpflege-Genossenschaften gesammelten practischen Erfahrungen es als werthvoll und zweckmässig erscheinen liessen, das Genossenschaftssystem festzuhalten, von dem auch die erst seit kürzerer Zeit bestehenden Organisationen mutatis mutandis nicht abgegangen sind. Darin, dass auch die neueren weltlichen Verbände auf das System der sogenannten Mutterhaus-Verfassung, das bei den geistlichen Körperschaften sich seit Jahrhunderten bewährt hatte, nicht gänzlich verzichten zu können geglaubt haben, ist unzweifelhaft ein Beweis dafür zu erblicken, dass schwerwiegende sachliche Gründe für die Nothwendigkeit eines festen und andauernden Zusammenschlusses der Krankenpflegepersonen sprechen müssen. Und in der That ist es so. Bei einem so verant-

wortungsvollen und schwierigen Berufe, wie ihn die Krankenpflegethätigkeit darstellt, genügt es nicht, den einzelnen Pflegepersonen eine gleichartige und den Fortschritten der Wissenschaft entsprechende Ausbildung und Berufserziehung zu vermitteln, sondern es benöthigt auch der Gewährleistung einer andauernden Aufrechterhaltung der beruflichen Leistungsfähigkeit, sowohl nach der ethischen als der technischen Seite hin. In beiden Beziehungen vermag die genossenschaftliche Organisation Gutes zu leisten. Auf ethischem Gebiete giebt sie den einzelnen Verbandsangehörigen einen festen Halt, indem sie durch den Zwang zur strengen Innehaltung der dem Verbande zu Grunde gelegten Satzungen die Möglichkeit zum Abweichen von den Berufspflichten aufhebt oder doch erheblich erschwert und durch das der Oberleitung des Verbandes jederzeit zustehende Recht der unmittelbaren Verfügung über Art, Ort und Dauer der Thätigkeit eine dauernde Ueberwachung und Controlle der einzelnen Verbandsmitglieder herbeiführt. Auf technischem Gebiete wirkt die genossenschaftliche Organisation vortheilhaft, indem sie einen gleichsam militärischen Zug von Ordnung, Gehorsam, Schulung, beruflichem Ehrgeiz und Kameradschaftlichkeit in den einzelnen Persönlichkeiten hervorruft, in Folge dessen sich dieselben als gleichartige Glieder einer idealen und nützlichen Zwecken dienenden Gemeinschaft fühlen und aus der dauernden Berührung mit ähnlich erzogenen, ähnlich denkenden und ähnlichen Bestrebungen gewidmeten Menschen auch in berufstechnischer Hinsicht einen guten Anhalt gewinnen. Sicherlich sind in derartigen Gesichtspunkten die Grundprincipien und die wichtigsten inneren sachlichen Motive ausgesprochen, welche dem Genossenschaftswesen gerade auf dem Gebiete der Krankenpflege eine so bedeutende und nachhaltige Ausbreitung verschafft haben. Dabei ist es ziemlich irrelevant, ob wie bei den katholischen Krankenpflege-Orden ein mit der Leitung betrauter Rector und eine Generaloberin bezw. Aebtissin oder, wie bei den Diakonissenhäusern, ein Pfarrer und eine geistliche Oberin oder, wie bei den weltlichen Krankenpflege-Genossenschaften ein leitendes Verwaltungs-Curatorium und eine weltliche Oberin an der Spitze der Organisation stehen. Aber es besteht noch ein anderer Gesichtspunkt von grosser Wichtigkeit, der für die Bedeutung der genossenschaftlichen Organisation auf dem Gebiete der Krankenpflege voll in die Waage fällt. Das ist die Möglichkeit, innerhalb der Genossenschaften für die einzelnen Krankenpflegepersonen bezüglich ihrer materiellen Festigung und Sicherstellung in ausgiebigem Maasse sorgen zu können. Es ist diese Fürsorge keineswegs nur vom humanitären Standpunkte zu würdigen, sondern sie hat zweifellos auch einen secundären nicht zu unterschätzenden therapeutischen Werth. Ausser Frage ist es, dass Personen, welchen die stete Sorge um das tägliche Brot, der dauernde, mitten in den vielfachen Fährnissen des Lebens vor sich gehende Kampf ums Dasein, die Unsicherheit gegenwärtiger und zukünftiger Existenz ganz oder doch im Wesentlichen abgenommen wird, sich mit Einsetzung einer volleren Kraft und mit grösserer, rein auf das Ideelle gerichteter Hingebung einem Berufe

widmen können. Und in besonderem Maasse gilt diese Thatsache für einen so schwierigen und verantwortungsvollen Beruf wie die personelle Krankenpflege. Wie ein körperlich selbst Kranker nicht gut dazu taugt, einen anderen Kranken zu pflegen, so ist auch Jemand, der fortdauernd mit materiellen Sorgen zu kämpfen hat, der also „wirthschaftlich krank" ist, dazu nicht aus voller Kraft im Stande. In dieser Hinsicht bieten die Genossenschaften aller Art für die ihnen zugehörigen Pflegepersonen einen ebenso wohlthätigen als für ihre Leistungsfähigkeit wichtigen Schutz, indem sie die Darbietung der Krankenpflegethätigkeit nicht von der directen Bezahlung an die einzelne Berufsperson zum Zwecke ihrer Lebensunterhaltung abhängig machen, sondern, soweit sie nicht, sich auf die ihnen zu Gebote stehenden Wohlthätigkeitsfonds stützend, von einer Honorirung der Pflegethätigkeit ganz absehen dürfen, die Bezahlung der Pflegeleistungen statutarisch an die Genossenschaftsleitung dirigiren und andererseits von dieser aus den Unterhalt, sowie die sonstige materielle Fürsorge für die Pflegepersonen bestreiten. Je umfangreicher und wirksamer letztere ist, um so grösser sind die Aussichten für die betreffende Genossenschaft, sich ein ethisch und technisch hochstehendes Pflegepersonal zu erwerben und zu erhalten. Mit Recht sagt F. Zimmer, der Director und Begründer des „Evangel. Diakonie-Vereins", ein feiner Kenner der Genossenschaftsorganisation, in seiner Abhandlung „Wie gewinnen wir tüchtige Krankenpflegerinnen?" (vgl. Deutsche Krankenpflege-Zeitg. 1898. pag. 95): „Sorgt für Euer Personal, wenn Ihr ordentliches Personal haben wollt! Das gilt überall, auch für die Krankenpflege." Die wesentlichsten Punkte, auf welche sich die Fürsorge für die Einzelglieder der Genossenschaften gegenwärtig zu erstrecken hat, sind: Sicherung eines dauernden Lebensunterhaltes ohne Noth und Sorge, hinreichende Fürsorge bei Krankheit, Alter, Invalidität, Sicherung gegen zu weitgehende Ausnutzung seitens des grossen Publikums. Sollen die Genossenschaften ihre Aufgaben erfüllen, so erscheint es unzweifelhaft nothwendig, dass sie nicht nur für eine in wissenschaftlicher Hinsicht auf der Höhe der Zeit stehende Berufserziehung und Fachschulung sowie eine allen Anforderungen entsprechende Disciplinerhaltung Sorge tragen, sondern auch Einrichtungen zur Sicherstellung der Pflegepersonen in materieller Hinsicht und zwar nach allen wesentlichen Richtungen hin ausgestalten und durchführen, welche geeignet sind, indirect die Brauchbarkeit und Berufstüchtigkeit ihrer Mitglieder wirksam zu unterstützen. „Alles, was an neuen Organisationen auf den Plan tritt, muss sich an folgenden beiden Punkten ausweisen: was es für die genossenschaftliche Disciplin, und was es für die materielle Sicherung seiner Glieder leistet" (vgl. F. Zimmer, Zur Frage der Altersversorgung der Krankenpflegerinnen. Dtsch. Krankenpfl.-Ztg. 1898. pag. 150). Mit diesen sehr wahren Worten sind die wesentlichsten Vortheile der Genossenschafts-Organisation auf dem Gebiete der Krankenpflege in vorzüglicher Weise gekennzeichnet.

Der genossenschaftlichen Organisation, wie sie sich, allerdings mit gewissen Unterschieden in der inneren Verfassung, bei den katholischen

Krankenpflege-Orden sowohl als den evangelischen Verbänden als auch den rein weltlichen Krankenpflege-Vereinigungen findet, steht die sogenannte „freie Krankenpflege“ gegenüber, welche diejenige Gruppe der personellen Krankenwartung umfasst, deren Einzelangehörige ausserhalb der genannten Genossenschafts-Organisationen stehen und die Krankenpflegethätigkeit als einen freien Beruf, etwa dem ärztlichen Berufe oder, um im Rahmen der ärztlichen Hilfsthätigkeit zu bleiben, dem Hebammenberufe vergleichbar, selbstständig als ihr Fachgebiet, das ihnen gleichzeitig die Mittel zum Lebensunterhalt durch directe Honorirung ihrer beruflichen Leistungen bietet, betreiben. Wenn häufig von Seiten der Genossenschafts-Organisationen darauf hingewiesen wird, dass in dem Umstande der directen Bezahlung der beruflichen Leistungen an die Pflegepersonen ein principieller Unterschied für die gesellschaftliche Bewerthung der beruflichen Thätigkeit der freien Pflegepersonen einerseits, der Mitglieder der Krankenpflege-Verbände andererseits zu erblicken sei, insofern die Thätigkeit der letzteren Art von Pflegepersonen gern als eine „rein humanitäre“ bezeichnet wird, so ist diese Auffassung wohl kaum als ganz zutreffend und den Thatsachen entsprechend anzusehen, da ja auch die Mitglieder der Genossenschafts-Organisationen bei ihrer Zugehörigkeit zu dem betreffenden Verbande, wenn auch in mehr indirecter Weise ihren Lebensunterhalt und sogar häufig eine sehr weitgehende wirthschaftliche Fürsorge finden, ohne deren Vorhandensein sich die meisten derselben, nämlich die selbst von Hause aus nicht materiell sehr günstig gestellten, wohl kaum der Krankenpflegethätigkeit widmen dürften. Den allgemein giltigen Vorstellungen der Gegenwart entspricht es vollkommen, eine verantwortungsvolle und pflichtenreiche Berufsthätigkeit gegen directes materielles Aequivalent (Honorirung) auszuüben, ohne dass dadurch die Schätzung und das Ansehen des betreffenden Berufes in gesellschaftlicher Hinsicht irgendwie Einbusse erleidet.

Die Anfänge der „freien Krankenpflege“ reichen fast bis zur Zeit der Reformation zurück, und ihre Entstehung ist darauf zurückzuführen, dass die zu damaliger Zeit von den verschiedenen geistlichen Krankenpflege-Orden dargebotenen krankenpflegenden Brüder und Schwestern numerisch nicht ausreichten, um die in immer wachsender Zahl in den grösseren Städten begründeten Krankenhäuser mit dem erforderlichen Personal für die Krankenwartung zu versehen. Die selbstständigen, freien, auch als Privat- oder Lohnkrankenpfleger und -pflegerinnen bezeichneten Pflegepersonen waren indessen bis gegen das Ende des 18. Jahrhunderts hin nur in verhältnissmässig geringer Zahl vorhanden, weil einerseits ein erheblicher Theil der grösseren Krankenanstalten durchweg mit dem von den kirchlichen Orden gelieferten Krankenpersonal besetzt war, andererseits der Verdienst, welchen die gewerbsmässige Krankenpflege abwarf, im Verhältniss zu den vielen Unannehmlichkeiten, Mühen, Verantwortlichkeiten und Gefahren, die mit der berufsmässigen Ausübung der Krankenpflege verbunden sind, so gering war, dass sich nur verhältnissmässig sehr wenige Personen bereit fanden, sich diesem Er-

werbszweige zu widmen. Aus dem letzteren Umstande erklärt es sich auch, dass man, um das erforderliche Personal für die grösseren weltlichen Krankenanstalten zu gewinnen, in früheren Zeiten sehr oft seine Zuflucht zu minderwerthigen Elementen der menschlichen Gesellschaft nehmen musste, welche den Krankenpflegeberuf als einen letzten Rettungsanker im Leben, in dem sie schon vorher Schiffbruch gelitten hatten, ansahen. Es lässt sich nicht leugnen, dass das „Lohn-Pflegepersonal", welches wir nach den zeitgenössischen Berichten in den grösseren Krankenhäusern des 17. und 18. Jahrhunderts antreffen, sich zu einem überwiegenden Theile aus wenig vertrauenswürdigen Personen, ja aus Landstreichern und Dirnen, rekrutirte. Dementsprechend war es nicht zu verwundern, wenn das Lohnpersonal der damaligen Zeiten in der gesellschaftlichen Achtung einen niedrigen Rang einnahm und in Folge des in seinen Reihen in starkem Maasse vorhandenen Contingents an rohen und gänzlich ungebildeten Personen im grösseren Publicum Vorurtheile hervorrief, deren Consequenzen inbezug auf die gesellschaftliche Werthschätzung des selbstständigen Krankenpflegeberufes noch heutigen Tages nicht ganz getilgt sind, wenngleich sich inzwischen das Niveau der gewerbsmässigen Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen auf eine wesentlich höhere Stufe hat erheben lassen. Eine Verbesserung und Vervollkommnung dieser freien Pflegegruppe und eine grössere Befähigung der Lohnpflegepersonen trat erst beim Beginne des 19. Jahrhunderts ein, nachdem eine Anzahl hervorragender Aerzte energisch auf die Unzulänglichkeit der damaligen Verhältnisse hingewiesen hatte. Auf ihre Veranlassung erfolgte an einer Reihe grösserer allgemeiner städtischer Krankenhäuser die Begründung von sogenannten „Krankenwärterschulen", die einen von Aerzten geleiteten Unterricht mit einer für die damalige Zeit ausreichenden systematischen Eintheilung des Lehrstoffes für die personelle Krankenwartung darboten. Durch fortschreitende Vermehrung derartiger Unterrichtsanstalten gelang es allmählich, ein mit besseren Kenntnissen ausgestattetes und von den fundamentalsten Aufgaben des Krankenpflegeberufes mehr durchdrungenes Hilfspersonal zu erziehen. Immerhin jedoch waren die Erfolge, welche mit den „Wärtern und Wärterinnen" erzielt wurden, keine dauernd zufriedenstellenden, was hauptsächlich darin seinen Grund hatte, dass man, da die Zahl der sich zum Eintritt in den Unterricht Meldenden nicht sehr gross war, nicht allzu wählerisch hinsichtlich des Bildungsniveaus sein konnte, ferner auch die Unterrichtsdauer für unsere heutigen Anschauungen zu kurz bemessen war und vor Allem das ausgebildete Pflegepersonal meist nicht dauernd bei der Pflegethätigkeit ausharrte, sondern mehr eine unbeständig fluctuirende Menge aus anderen Berufsarten zusammengeströmter und nur zeitweilig sich der Krankenwartung zuwendender Personen darstellte, über deren fernere Thätigkeit eine Controlle nicht ausgeübt werden konnte.

Auf diese Weise erklärt es sich, dass noch bis auf die Gegenwart die ausserhalb der Genossenschafts-Organisation stehende „freie" Krankenpflege im Allgemeinen hinter dem Niveau der beruflichen

Leistungsfähigkeit zurücksteht, welches das moderne Genossenschaftspersonal erreicht hat. Hinzukommt der von uns bereits berührte Umstand, dass eine die Qualität der beruflichen Leistungen und damit die therapeutische Verwendbarkeit stützende materielle Fürsorge für die selbstständigen Krankenpflegepersonen bis in die jüngste Zeit hinein völlig fehlte. Abgesehen von der an den meisten Orten noch immer unverhältnissmässig geringen pecuniären Dotirung der Pflegeleistungen in der Krankenhauspflege, über welche in Anbetracht der erheblichen Anforderungen in körperlicher und geistiger Beziehung und der verantwortungsvollen Bethätigungsart mit Recht nicht selten Klage geführt wird, ist bisher auch von helfenden Vorkehrungen zur Sicherstellung bei Krankheit, Alter und Invalidität für die selbstständigen Pflegepersonen noch nichts geschehen, obgleich eine Regelung dieser im Interesse einer Vervollkommnung der Krankenwartung sehr besserungsbedürftigen Verhältnisse dringend nothwendig ist. In ebenso ungünstiger Lage befinden sich nach dieser Richtung hin diejenigen Pflegepersonen, welche sich in der Privatkrankenpflege selbstständig bethätigen; neben der Ungewissheit der Existenz, der dauernden Gefahr zeitweiser Beschäftigungslosigkeit macht sich auch bei dieser Pflegegruppe der Mangel einer geeigneten Sicherung bei Krankheit, Alter, Invalidität geltend. Zweifellos trägt auch das Vorhandensein eines „unlauteren Wettbewerbes", um ein modernes Schlagwort zu gebrauchen, seitens ungenügend vorgebildeter, sittlich defecter und einem allgemeinschädlichen Kurpfuscherthum huldigender Personen erheblich dazu bei, um die Existenzbedingungen, die „wirthschaftliche Gesundheit" und damit indirect die therapeutische Valenz der selbstständigen Privatpflegekräfte zu beeinträchtigen. Es steht jedoch zu hoffen, dass durch die Begründung der vom Verfasser ins Leben gerufenen Standes-Organisation der selbstständigen Krankenpflegepersonen, welche im Wesentlichen aus einem ärztlicher Controlle unterstehenden und ärztlichen Einflüssen zugänglichen Verbande von einzelnen Standesvereinen, der sich allmählich immer weiter über Deutschland ausdehnen soll, besteht, und durch die im Rahmen dieses „Deutschen Krankenpfleger-Bundes" zu schaffenden Einrichtungen ein gangbarer Weg gefunden ist, um auch nach der Richtung der „freien" Krankenpflege hin eine Vervollkommnung der personellen Krankenwartung zu erzielen, wie sie vom ärztlich-therapeutischen Standpunkte dringend erwünscht ist.

## 8. Hospitalkrankenpflege und Privatkrankenpflege.

### a) Personelle Krankenwartung in Hospitälern.

Die personelle Krankenwartung, wie sie für die Krankenpflege in geschlossenen Krankenanstalten erforderlich ist, bietet so viele Eigenheiten und Unterschiede der in Privathäusern zu leistenden Krankenwartung gegenüber, dass es zweckmässig erscheint, die Anstaltsfürsorge auf diesem Gebiete gesondert von der privaten Fürsorge zu erörtern. Schon der Umstand, dass in einer geschlossenen Krankenanstalt

eine grössere Anzahl von Kranken gleichzeitig und dauernd neben einander zu verpflegen sind, während es sich ja im Privathause gewöhnlich nur um einen einzelnen Kranken und um eine nur zeitweise, meist kürzere persönliche Hilfeleistung handelt, ferner das Moment, dass das Krankenhaus von vornherein auf die Erfordernisse der Krankenpflege sowohl hinsichtlich der personellen als der materiellen Pflegemittel zugeschnitten ist, während in den Einzelfamilien die benöthigten Hilfsmittel und Hilfskräfte für die Krankenpflege erst beim Beginne der Erkrankung eines Familienmitgliedes beschafft werden müssen, weist auf die erheblichen Abweichungen der beiderseitigen Verhältnisse hin. Es ist schwer zu sagen, ob die Menge der Anforderungen, welche vom therapeutischen Standpunkte aus an die personelle Krankenwartung in den Krankenhäusern gestellt werden muss, eine grössere und mannigfaltigere ist als diejenige, welche für die private Fürsorge in Frage kommt. Hier wie dort sind eine Anzahl wichtiger Aufgaben zu lösen, die sich auf die personelle Krankenpflege beziehen, und deren umsichtige und zweckentsprechende Behandlung und Erwägung wesentlich dazu beitragen muss. das Wohlbefinden und die Genesung der Kranken zu unterstützen.

Zunächst handelt es sich darum, für die kranken Insassen der Hospitäler ein hinreichend zahlreiches und den ärztlichen Anforderungen entsprechendes Pflegepersonal zur Verfügung zu haben. Insbesondere das numerische Verhältniss der Pflegepersonen zu den Kranken ist ein ausserordentlich wichtiger Punkt, dessen befriedigende Regelung allerdings gegenwärtig noch auf grosse Schwierigkeiten stösst und daher an vielen Orten noch aussteht. Denn in gleicher Weise wie in der privaten Krankenpflege macht sich noch immer auch in der Hospitalkrankenpflege ein oft beklagter und sehr fühlbarer Mangel an verwendbaren Pflegepersonen überhaupt geltend, der auch in der Gegenwart noch vielfach einerseits dazu nöthigt, Personen in den Hospitalpflegedienst einzustellen, welche, sowohl was ihre fachliche Vorbildung als ihre ethische und intellectuelle Qualification anlangt, nicht als ganz einwandfrei angesehen werden können, andererseits die Veranlassung dazu bildet, dass nicht in allen Krankenanstalten eine so grosse Anzahl von Krankenpflegepersonen auf den einzelnen Krankenabtheilungen für die Kranken bereitgestellt werden, als es die Zahl der in den betreffenden Krankenräumen untergebrachten Kranken erheischt. Im Allgemeinen rechnet man in Uebereinstimmung mit den von v. Leyden (vgl. Ueber Specialkrankenhäuser. 1890. pag. 10) angegebenen Verhältnissen, dass in den grösseren allgemeinen Krankenhäusern auf ca. 10 Kranke je eine Pflegeperson kommen müsse, wenn für die personelle Krankenwartung in ausreichender Weise gesorgt sein soll. Naturgemäss kann mit der Aufstellung dieses Verhältnisses nur ein ungefährer Anhaltspunkt gegeben sein, da die Grösse der Krankenräume, ferner die Art der Erkrankungen, die besondere Leistungsfähigkeit der betreffenden Pflegepersonen und andere ähnliche Umstände in den einzelnen Anstalten mit ins Gewicht fallen. Im Allge-

meinen macht sich erfreulicherweise gegenwärtig das Bestreben bemerkbar, im Gegensatz zu früheren Zeiten, in denen man nicht selten eine einzige Pflegeperson mit der Fürsorge für 30—50 Kranke betraute, die Zahl der in den einzelnen Krankenräumen stationirten Pfleger und Pflegerinnen zu erhöhen, um eine sorgsamere und mehr auf die individuellen Bedürfnisse der Kranken Rücksicht nehmende Abwartung zu ermöglichen. Die Durchführung dieses Fortschrittes in der Krankenpflege wird begünstigt und unterstützt durch die in den neueren Krankenanstalten sich in stetig zunehmendem Maasse zeigende Gepflogenheit, statt weniger grosser Krankensäle mit vielen Betten lieber eine erheblichere Anzahl kleinerer Krankenräume mit verhältnissmässig wenigen Krankenbetten einzurichten. Auf diese Weise wird es möglich, für einen Krankenraum mit 6—8—10 Betten eine besondere Pflegekraft einzustellen, zu deren Unterstützung zweckmässigerweise noch eine in der Ausbildung begriffene Lehrpflegeperson beigegeben wird. In manchen Krankenanstalten scheitert noch heute die Ausstattung der Krankenräume mit hinreichenden Kräften für die personelle Krankenwartung an der Geringfügigkeit der für diesen so wichtigen Zweck zur Verfügung stehenden materiellen Mittel,es ist jedoch zu hoffen, dass die der modernen Werthschätzung der wissenschaftlich geordneten Krankenpflege in der Krankenbehandlung entsprechende Einsicht, dass eine gute und ausreichende personelle Wartung der Kranken eines der wesentlichsten Erfordernisse für ein Krankenhaus, das auf der Höhe der Zeit stehen will, bildet, ausnahmslos dazu führen wird, gerade für diesen Punkt im Hospitaletat die nothwendigen Mittel flüssig zu machen und zu ermöglichen, dass einerseits genügend zahlreiche Pflegepersonen auf jeder Krankenabtheilung vorhanden sind, andererseits aber die dauernd angestellten Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen in allen Anstalten ein hinreichend hohes Gehalt beziehen, welches den hohen Anforderungen, die heutzutage an ihre Leistungsfähigkeit gestellt werden, entspricht. Die Erfüllung des letzteren Postulats, für welche neuerlich wiederholt von Seiten der Aerzte und der Pflegepersonen eingetreten worden ist, dürfte erheblich dazu beitragen, ein ausdauernderes, tüchtigeres Hilfspersonal für die Anstaltspflege zu gewinnen, dürfte auch sicherlich dazu dienen, gebildetere Elemente in grösserem Umfange für die personelle Krankenwartung heranzuziehen.

Die Zahl der für die Anstaltspflege benöthigten Pflegepersonen hängt, wie schon berührt, auch von der Art der in den betreffenden Hospitälern untergebrachten Kranken ab. Besonders ist die Frage von Wichtigkeit, ob es sich um leichtkranke oder schwerkranke Patienten handelt. Für die Wachsäle der grösseren allgemeinen Krankenhäuser ist natürlich ein zahlreicheres Personal erforderlich, als für die Stationen, auf denen zumeist umhergehende Kranke oder Rekonvalescenten ihre Unterkunft haben. Da die Pflege schwerkranker, fiebernder, unbehilflicher Personen an die Krankenwartung häufig fortwährende Anforderungen in Bezug auf Handreichungen und Hilfeleistungen stellt, so ist es klar, dass hier eine

grössere Zahl von personellen Hilfskräften gebraucht wird, um eine nichts vernachlässigende und individualisirende Pflege zu ermöglichen. In manchen Krankenanstalten werden daher für Schwerkranke, die besonders viel Hilfe brauchen, überzählige Pflegepersonen, sogenannte „Extrapflegen" eingestellt, damit sich diese den betreffenden Kranken ganz widmen können und die reguläre, für die Säle ohnehin bestimmte Krankenwartung entlasten. Dieses sehr empfehlenswerthe System ist besonders in England und Amerika in grösserem Umfange verbreitet (vgl. v. Leyden, l. c. pag. 25), sowohl auf den inneren Abtheilungen, als den chirurgischen, während es in Deutschland, auf den letzteren schon seit längerer Zeit geübt, auf den ersteren sich erst in den letzten Jahren mehr eingebürgert hat. In den Specialkrankenanstalten, wie sie für die verschiedensten Krankheitsgruppen sich besonders im jüngsten Jahrzehnt entwickelt haben, liegen die Verhältnisse zum Theil abweichend von den für die allgemeinen Krankenhäuser geltenden; hier spielt eben die Eigenart der Erkrankungen eine besondere Rolle. Was die Heilanstalten für Lungenkranke anlangt, so kann in den neuen Volksheilstätten, die allenthalben jetzt in Deutschland errichtet werden, die Zahl des erforderlichen Pflegepersonals eine geringere sein als in den allgemeinen grossen Krankenhäusern, da es sich hier ja fast ausschliesslich um die Pflege Leichtkranker, im ersten Stadium der Erkrankung Befindlicher handelt. Aus statistischen Erhebungen, die ich vor Kurzem über diese Verhältnisse anstellen konnte, ergab sich, dass im Allgemeinen in den deutschen Volksheilstätten nur halb so viel Pflegepersonal als nöthig erachtet wird, als in den allgemeinen Krankenhäusern; durchschnittlich kommen auf 100 Kranke 5 geschulte Pflegepersonen (vgl. P. Jacobsohn, Das Krankenpflege-Personal in Specialkrankenanstalten, insbesondere in Lungenheilstätten. Berl. klin. Wochenschr. 1898. pag. 1117 ff.). In den Privatheilanstalten für Lungenkranke hingegen, welche vielfach auch Patienten in vorgeschritteneren Krankheitsperioden aufnehmen und verpflegen, wird allerdings dieses Verhältniss oft eine Abänderung erleiden müssen, insofern hier häufig zweifellos mehr Pflegekräfte von Nöthen sind. In den Anstalten für Geisteskranke hängt die Zahl der für die Wartung erforderlichen Personen in erster Linie von der Gemeingefährlichkeit der Kranken, in zweiter von dem allgemeinen körperlichen Zustande derselben ab. In den Abtheilungen, in welchen unruhige, zu Wuthausbrüchen geneigte oder auch an häufigen Krampfanfällen leidende Kranke untergebracht sind, ferner auch zur Obhut von Kranken, die selbstmörderische Absichten befürchten lassen, bedarf es vermehrter Pflegekräfte, ebenso auch zur Pflege derjenigen Kranken, die durch Lähmungen besonders unbehilflich geworden sind. Hier wird ebenfalls bereits vielerorts das System der „Extrapflegen", nach dem für besonders schwierige Fälle überzählige Pflegepersonen zur Verfügung gestellt werden, geübt. In den Specialkrankenanstalten für Kinder wird allgemein ein besonders reichliches Pflegepersonal gegenwärtig als nothwendig erachtet; auf 2—4 Kranke schon wird eine Pflegerin

gerechnet. Der Grund hierfür liegt in der grossen Unbehilflichkeit der Kinder, welche eine fast ununterbrochene Bethätigung und Ueberwachung verlangen, ferner in den Schwierigkeiten der Ernährung und in der bei Kindern vornehmlich grossen Gefahr der Krankheitsübertragung von Bett zu Bett. Für die Specialanstalten für Rekonvalescenten gelten ähnliche Grundsätze wie für die Volksheilstätten für Lungenkranke; auch hier sind nur wenige Pflegekräfte erforderlich.

Mit grossen Schwierigkeiten verknüpft ist die Regelung des Nachtwachdienstes in den grösseren allgemeinen Krankenhäusern. Auch hier macht sich wiederum ein Unterschied zwischen den Schwerkranken und Leichtkranken geltend. Letztere bedürfen zur Nachtzeit keiner ständigen unmittelbaren Bewachung; es genügt bei ihnen, dass sie in der Lage sind, bei unvorhergesehenen Zufällen leicht eine Pflegeperson an das Krankenbett zu rufen, was durch Benutzung einer nahe ihrer Lagerstätte angebrachten, in den Schlafraum der Pflegerin führenden Klingel geschehen kann. Erstere hingegen benöthigen bei Nacht einer ununterbrochenen Beaufsichtigung und Fürsorge durch wachbleibende Personen, welche die Verantwortung dafür übernehmen, dass auch zur Nachtzeit alle Handreichungen dem Kranken ungesäumt und in zweckmässiger Weise geleistet werden, deren er bedarf, und die in der Lage sind, den Zustand der Schwerkranken von Zeit zu Zeit zu controliren, um rechtzeitig die Hilfe des Arztes in Anspruch zu nehmen. Im Allgemeinen lässt sich sagen, dass die Kranken zur Nachtzeit etwas weniger Anforderungen an die Hilfsthätigkeit der Pflegepersonen stellen als am Tage, weil einerseits manche Aufgaben der Pflege, wie die Krankentoilette und die Krankenernährung, hier weniger in Frage kommen, andererseits die meisten Kranken doch einen grösseren oder geringeren Theil der Nacht schlafend verbringen; es können daher auf den Abtheilungen, auf denen nicht viele Schwerkranke zusammenliegen, wohl der Nachtwache häufiger eine grössere Anzahl von Kranken anvertraut werden als am Tage. Es erscheint jedoch nach den bisher gemachten Erfahrungen als geboten, die einer einzigen Pflegeperson übergebene Zahl von Kranken keinesfalls zu hoch zu wählen, jedenfalls sie nicht über 15 bis 16 zu erhöhen, da sonst leicht Fälle eintreten können, wo zum Schaden der Kranken die Wartung sich als nicht ausreichend erweist. Zweifellos aber muss die Forderung erhoben werden, dass die wachende Person an einem Platze postirt wird, der gestattet, die Gesammtzahl der in ihrer Obhut befindlichen Kranken zu übersehen und zu beaufsichtigen; ferner muss sie in der Lage sein, sich leicht Hilfskräfte herbeirufen zu können, ohne den Krankenraum zu verlassen. Eine Ausnahme von diesen allgemeinen Normen macht die Nachtpflege auf Stationen, welche ausschliesslich Schwerkranke beherbergen (die sog. Wachsäle der grösseren Hospitäler). Hier hat sich in neuerer Zeit immer mehr das Bedürfniss herausgestellt, die Zahl der nächtlichen Pflegepersonen zu vergrössern. Hauptsächlich sind es zwei Wege, welche eingeschlagen werden können, um die hier erwachsenden Aufgaben befriedigend zu lösen. Entweder

man überträgt den Nachtdienst in den Krankensälen, in denen ca. 10 bis 12 Schwerkranke untergebracht sind, überhaupt nicht einer einzigen Pflegeperson, sondern stellt hierfür immer gleichzeitig 2 personelle Kräfte ein, welche gemeinsam den Nachtdienst versehen und so in der Lage sind, sich gegenseitig in wünschenswerther Weise zu ergänzen und zu unterstützen, oder man verwendet zwar eine ständige Nachtwache, giebt derselben aber je nach Bedürfniss für besonders schwere Fälle eine oder zwei Hilfskräfte als „Extrawachen", die sich dann vorwiegend um die besonders Schwerkranken bemühen, zur Seite. Auf diese Weise wird auch am besten die Schwierigkeit beseitigt, welche bei nur einer Wachperson entsteht, wenn es nöthig wird, den entfernter stationirten Arzt herbeizurufen, ohne den Krankensaal für kurze Zeit unüberwacht zu lassen. Dass als verantwortliche Nachtwachen stets nur erfahrene und gut geschulte Pflegepersonen verwendet werden sollten, bedarf eigentlich kaum noch der Hervorhebung. Die mancherorts anzutreffende aushilfsweise Benutzung dem Anstaltsorganismus fernstehender Personen, die nebenbei am Tage noch einen anderen Beruf haben, ist eine wenig zweckmässige Einrichtung, die durch Besseres ersetzt werden sollte; es ist nothwendig, dass die Nachtwachen aus dem der betreffenden Anstalt zur Verfügung stehenden Pflegepersonalkörper ausgewählt und ständig für diese Art der Krankenwartung designirt werden. In manchen Krankenhäusern ist der Nachtdienst in der Weise geregelt, dass alle zwei Nächte die betreffenden Pflegepersonen von anderen abgelöst werden; das hat indess den erheblichen Uebelstand, dass die einzelnen Pfleger oder Pflegerinnen die Kranken und ihre individuellen Pflegeerfordernisse nicht genau kennen lernen und auch der Arzt gezwungen ist, immer von Neuem zu instruiren, ohne dabei in Folge des starken Wechsels die Gewähr einer gleichmässigen Pflege zu haben. Anderorts sind dauernde Nachtpfleger und Nachtpflegerinnen angestellt (besonders in England ist dies System sehr verbreitet), welche während eines längeren Zeitraumes, der sich über eine Anzahl Wochen, ja Monate erstreckt, Nacht für Nacht den Wachedienst auf einer bestimmten Station versehen. Zweifellos hat ein solches Arrangement grosse Vortheile, nicht nur für den Kranken, sondern auch für den Arzt und die Hospital-Verwaltung; der Dienst ist in regelmässige Bahnen gelenkt und die Pflege ist eine gleichbleibende. Es sind allerdings Stimmen laut geworden, welche, wohl mit Recht, dafür eingetreten sind, die für den ständigen Nachtwachdienst designirten Pflegepersonen nicht länger als etwa einen Monat hintereinander in dieser Art zu bethätigen, da die veränderte Lebensweise bei langdauernder beständiger Nachtpflege auf den Gesundheitszustand der Pflegenden schädigend einwirken kann (vgl. M. Seiffert, Nachtwachen im Hospital und in der Privatpflege. Deutsche Krankenpflege-Zeitung. 1898. pag. 265). Andererseits haben Pflegepersonen häufig Monate lang hintereinander sich der Nachtpflege gewidmet, ohne dass sich irgend ein gesundheitlicher Nachtheil für sie hätte constatiren lassen; es kann nicht zweifelhaft sein, dass die individuelle Körperconstitution hierbei eine beachtenswerthe Rolle spielt. Will

man in diesem Punkte sicher gehen, so empfiehlt es sich in der That, den ständigen Nachtdienst nicht über den Zeitraum von vier Wochen bei derselben Person auszudehnen. Dafür spricht auch der Umstand, dass nach Ablauf von vier Wochen die Mehrzahl der Schwerkranken des betreffenden Krankensaales sich in einem solchen Zustande befinden dürften, dass sie den nothwendig werdenden Wechsel der Pflegeperson besser ertragen. Freilich muss auch bei solcher reducirten ständigen Nachtpflege geeignete Fürsorge getroffen werden, um das Personal zu schonen und gesund und frisch zu erhalten. Es ist nöthig, dass den Nachtwachen am Tage genügende Zeit zum Schlafen in verschliessbaren, ruhigen, nicht im Krankenhausinnern belegenen, hinreichend grossen Räumlichkeiten gegeben wird, dass ihre Ernährung in geeigneter Weise geregelt wird und sie zu körperlichen Uebungen in frischer Luft, zu kühlen und erquickenden Bädern und Abwaschungen angehalten werden. Empfehlenswerth dürften die folgenden, aus langjähriger Berufserfahrung geschöpften Rathschläge sein: „Wenn die Pflegeperson von der Station gekommen ist, sich Gesicht und Hände mit frischem Wasser gebadet, sich zum Frühstückstisch gesetzt und ein ausreichendes Mahl genommen, sollte sie nicht gleich zu Bette gehen, sondern sich erst eine Stunde in frischer Luft aufhalten; danach ein kaltes oder warmes Bad nehmen, je nachdem Gewohnheit oder constitutionelle Rücksichten es erfordern. Wenn sie um 9 Uhr 30 Min. Vormittags ihr Bett aufsucht und bis Abends 5 Uhr 30 Min. oder 6 Uhr durchschläft, so ist dies das Ausreichende. Es ist dringend anzurathen, sich nicht zu Mahlzeiten wecken zu lassen, wir nehmen ja auch in der Nacht, während wir schlafen, kein Essen zu uns, sondern man nehme Mitternacht stets sein volles, warmes Mittagsessen ein. Die erste ausreichende warme Mahlzeit sollte um 6 Uhr Abends eingenommen werden, wobei ein völliges und fertiges Angekleidetsein erwartet wird.“ Diese Forderungen haben zweifelsohne ihre Berechtigung; auch hier sehen wir, wie eine sachgemässe Fürsorge für die Bedürfnisse des Pflegepersonals eine wichtige Grundlage für die Qualität seiner Leistungsfähigkeit darstellt. Aber erfüllt sind diese Wünsche bisher in vollem Umfange erst in wenigen Hospitälern. Nicht selten wird noch eine warme Hauptmahlzeit während der Nachtwache als überflüssiger Luxus betrachtet, und die den Pflegepersonen zugetheilten Schlafräume lassen vielorts noch sehr zu wünschen übrig; nicht selten befinden sie sich — von der nicht ernsthaft discutablen Einrichtung mancher älterer Anstalten, wo die Pflegerin im Krankenraume selbst hinter einem Bettschirm schläft, ganz zu schweigen — in unmittelbarer Nähe der Krankensäle und nicht genügend dem Getriebe der Anstalt entrückt. In den neueren Krankenhäusern werden indess, es ist dies ein entschiedener Fortschritt, die Schlafräume für das Pflegepersonal in ein eigenes Gebäude verlegt. Erwähnt sei, dass die Kleidung der Nachtpflegepersonen von der am Tage üblichen Diensttracht nicht abweichen darf. Unstatthaft erscheint es, wenn die Hausvorschriften den Nachtwachen eine zu weit gehende Ausdehnung des nächtlichen Dienstes in

den nächsten, der Ruhe bestimmten Tag hinein zumuthen und ihnen einen Theil der Thätigkeit der Tagpfleger und -Pflegerinnen aufbürden; als zweckmässig ist eine derartige Regelung zu bezeichnen, welche den gesammten 24stündigen Pflegedienst in eine entsprechende Tag- und Nachthälfte zerlegt. In England und Amerika hat man neuerdings sogar begonnnn, den täglichen Gesammtdienst in drei gesonderte Abschnitte einzutheilen; die Durchführung dieser Maassregel würde allerdings ein erheblich zahlreicheres Pflegepersonal zur Voraussetzung haben und vorläufig an den meisten Orten aus materiellen Gründen auf unüberwindliche Schwierigkeiten stossen. Die Heranziehung der den Nachtdienst versehenden Pflegepersonen zum ganzen oder theilweisen Tagesdienst ist gänzlich zu verwerfen, weil sie einerseits die Pflegenden überanstrengt, andererseits doch nicht eine leistungsfähige Krankenwartung ermöglicht. An den meisten Krankenanstalten dauert der Nachtpflegedienst von 8 oder 9 Uhr Abends bis 6 oder 7 Uhr Morgens, zu welchen Zeiten die Ablösung mit den sich der Tagpflege widmenden Personen erfolgt; bei der Ablösung vollzieht sich auch die mündliche Berichterstattung bezw. Verordnungsanweisung nebst der Uebergabe des „Wachberichtbuches", dessen Führung allgemein sehr zu empfehlen ist, insofern sie eine fortlaufende festgelegte Beobachtung verbürgt und obenein die Wachen gegen das Einschlafen schützt. Am schwierigsten gestaltet sich der Nachtwachdienst in den Irrenanstalten, wo häufig eine grössere Anzahl unruhiger Geisteskranker und auch an Krämpfen leidender Kranker zu überwachen sind. An manchen dieser Anstalten ist die Sache so geregelt, dass die Nachtwache, für die zwei männliche oder weibliche Pflegepersonen designirt sind, unter ihnen in zwei Theile getheilt wird, so zwar, dass etwa der eine Pfleger von 9—$1\frac{1}{2}$ Uhr, der zweite hingegen von $1\frac{1}{4}$—6 Uhr Morgens wacht. Während des Wachbleibens des einen schläft der andere in einem in der Nähe befindlichen besonderen Bett, das nicht durch Thüren vom Wachraum getrennt sein darf, nur soweit entkleidet, dass er im Nothfall schnell zur Hand sein kann. Empfehlenswerth für den Nachtpflegedienst sind die besonders in den Anstalten für Geisteskranke eingeführten Controluhren, deren Zifferblatt vom Wachehabenden alle $\frac{1}{2}$—1 Stunde mit einer Durchlochung versehen wird, um der Anstalt gegenüber und für sich selbst einen sicheren Anhalt für das Wachbleiben zu haben. Mit der Zahl der der Nachtwache anvertrauten Kranken wächst natürlich die Verantwortung und die Schwierigkeit der zu erfüllenden Aufgaben. Dass es nicht zweckmässig ist, einer Person viele Kranke bei Nacht zur Bewachung zu übergeben, wurde bereits angedeutet; sehr unerwünschter Nachtheil aber für die Kranken kann daraus entstehen, wenn, wie dies zuweilen heute noch vorkommen mag, einer einzigen Pflegeperson die nächtliche Obhut für mehrere getrennt liegende Krankenstationen übertragen wird, so dass sie dann, gerade in dem einen Saale beschäftigt, unmöglich in der Lage ist, die Kranken der anderen Abtheilung zu überwachen. Wiederholt waren derartige mangelhafte Einrichtungen daran schuld, dass z. B. delirirende Kranke sich selbst und

ihren Mitinsassen erheblichen Schaden zufügten. Es kann geradezu als ein Gesetz aufgestellt werden, die Pflege bei Nacht stets so zu gestalten, dass die betreffenden Säle keinen Augenblick ganz ohne Wache sind. Daher kann auch die Inanspruchnahme des Arztes, wenn sie zur Nachtzeit plötzlich nothwendig wird, nicht durch die wachende Pflegeperson selbst erfolgen. sondern es bedarf hier geeigneter telegraphischer oder telephonischer Hausanlagen, durch deren Benutzung der Arzt auf die Station citirt werden kann, oder man verwendet das System der Nachtkrankendiener, welche sich in der Nähe der Stationen als Boten aufhalten; diese Einrichtung hat sich in grösseren Krankenanstalten Amerikas bewährt. In den grösseren Krankenhäusern ist ja für eine schnelle Erreichbarkeit ärztlicher Hilfe im Allgemeinen gut gesorgt durch die Einrichtung, dass einer oder mehrere Aerzte in der Anstalt selbst ihre dauernde Wohnung haben; in kleineren Orten aber giebt es noch Krankenanstalten kleineren Stiles, welche zur Nachtzeit ohne Arzt sind. Es ist indess sehr wünschenswerth, dahin zu streben, dass selbst in den ländlichen Krankenhäusern stets nächtliche ärztliche Hilfe leicht erreichbar sei.

Wenn wir oben angedeutet haben, dass die Nachtpflege in den Hospitälern im Allgemeinen geringere Anforderungen an die personelle Krankenwartung stelle als die Tagpflege, so war damit hauptsächlich dem Umstande Rechnung getragen, dass sich eine mehr oder weniger grosse Anzahl selbst der schwerer Erkrankten während der Nachtzeit im Zustande des Schlafens befinden. Keineswegs aber darf daraus gefolgert werden, dass die Uebernahme dieses Zweiges der Krankenwartung weniger Ansprüche an die technische Leistungsfähigkeit und die Erfahrenheit der Pflegepersonen stelle. Ein principieller Unterschied zwischen der Pflegethätigkeit bei Tage und bei der Nachtwache besteht in keiner Weise und alle beruflichen Erfahrungen und Maassnahmen können beim Nachtdienst genau in derselben Weise zur Anwendung gelangen, wie beim Tagesdienst, dem wir nunmehr eine eingehendere Beachtung zu schenken haben.

Da auch in den Hospitälern, ebenso wie in der Privatpflege, die personelle Krankenwartung, den nur auf kurze Zeit am Krankenlager erscheinenden Arzt vertretend, in der Hauptsache die belebte Umgebung der Kranken bildet, so muss sie dem allgemeinen Regime der wissenschaftlich geordneten Krankenpflege entsprechend nach Möglichkeit so gestaltet werden, wie es für den Zustand der Kranken am vortheilhaftesten und zweckmässigsten ist. Von dem numerischen Verhältniss der Pflegepersonen zu den Kranken ist bereits die Rede gewesen. Das wichtigste Erforderniss ist sicherlich, auch bei der Hospitalpflege dafür Sorge zu tragen, dass, obgleich hier fast stets eine Anzahl Kranker in demselben Raume untergebracht sind, doch einem Jeden von ihnen eine eingehende, liebevolle, sorgsame, den individuellen Bedürfnissen Rechnung tragende Pflege und Hilfeleistung dargeboten wird. Ebensowenig wie in der Privatpflege ist es dem Arzte im Krankenhause möglich andauernd am Krankenbette zu verweilen; er muss sich auf seine ordnungsmässigen Visiten

beschränken, die ihm eine hinreichende persönliche Untersuchung und Beobachtung der Kranken gestatten, im Uebrigen aber muss er sich vertrauensvoll auf die Thätigkeit und Tüchtigkeit des den Kranken beständig umgebenden Pflegepersonals verlassen, diesem die fachgemässe Ausführung seiner Anordnungen, die Summe der zur Krankenpflege gehörigen kleinen Hilfen und Handreichungen, die Beobachtung und Ueberwachung der Kranken in der zwischen seinen Besuchen liegenden Zeit übertragend. Die ausserordentlich wichtigen Aufgaben, die in dieser Weise der personellen Krankenwartung zufallen, bedürfen zu ihrer befriedigenden Lösung naturgemäss nicht nur genügend zahlreicher, sondern auch ihren körperlichen, geistigen und charakterlichen Qualitäten nach ausreichender Persönlichkeiten, welche sich der Wartung der Kranken unterziehen. Es ist wohl ausser Frage, dass die Hospitalpflege im Allgemeinen eine schwierigere Aufgabe für die Krankenwartung darstellt als die Privatpflege in der Behausung des Einzelnen, weil die verwickelten Betriebsverhältnisse des Krankenhauses und insbesondere die Thatsache, dass hier stets mehrere Kranke zugleich der Obhut des einzelnen Pflegers anheimgegeben sind, die Anforderungen mannigfaltiger und complicirter gestalten. Aber andererseits ist das Krankenhaus so recht die eigentliche Schule und Lehrstätte für das Gesammtgebiet der Krankenpflege mit Einschluss ihrer schwersten Formen, es bildet die geegnetste „alma mater“ für den Krankenpflegeberuf und gerade die Fülle der sich hier bietenden Aufgaben und die Vielseitigkeit der zu bewältigenden Pflegemaassnahmen hat die Erkenntniss herbeigeführt, dass eine längerdauernde vorgängige Krankenhausthätigkeit erst diejenige Reife und Erfahrung in der Krankenwartung zeitigen kann, welche die fertiggeschulten Pflegepersonen auszeichnen soll. Ein jedes Krankenhaus bedarf dementsprechend zunächst eines festen Stabes vollgeschulter, erfahrener, älterer Berufspfleger und Berufspflegerinnen, in deren Hände die mehr selbstständigen und die verantwortlichsten Posten gelegt werden. Diese Posten werden gewöhnlich durch die sogenannten Oberpfleger- bezw. Oberpflegerinnen-Stellen gebildet, wie sie fast auf allen Krankenhausstationen eingerichtet werden. Nächst dem Arzte lastet auf den Vertretern dieser Stellungen die grösste Verantwortung für eine gute, sachgemässe und kunstgerechte Pflege der Kranken; für sie wählt man daher besonders zuverlässige, erprobte, seit einer Reihe von Jahren im Krankendienste stehende Personen aus. Diesem Ober-Pflegepersonal wird dann ebenso zur Unterstützung als zur practischen Heranbildung in den Hilfeleistungen „von der Pike an“ das „Unter- oder Hilfs-Pflegepersonal“ beigegeben, welches aus jüngeren, noch im Lernstadium befindlichen Kräften besteht. Die grösseren Krankenhäuser verfolgen neuerdings fast ohne Ausnahme die Gewohnheit sich geeignetes Pflegepersonal allmählich in grösserer Anzahl selbst heranzubilden, und dies geschieht vornehmlich in der eben angedeuteten Weise, dass die neu eintretenden Pflegepersonen zunächst als Hilfs- und Aushilfspfleger verwendet werden; es werden ihnen zunächst nur leichtere practische Aufgaben zugemuthet. Sie übernehmen vorerst einzelne dienst-

liche Verrichtungen leichterer Art unter Anleitung und Controlle älterer Pflegepersonen, hier etwa eine Extrapflege bei einem Schwerkranken, dort eine Nachtwache; dann übernehmen sie zeitweise einen kleinen Krankensaal, in dem nur Leichtkranke untergebracht sind. Nach und nach werden ihnen sodann immer schwierigere Aufgaben übertragen, sie in der Berufsthätigkeit immer selbstständiger gemacht, und so erlangen sie schliesslich die nothwendige allseitige practische Berufserfahrung, bis sie später in die Reihen des Oberpflegepersonals aufrücken, die verantwortliche Pflege einer eigenen Krankenstation erhalten und nun wieder jüngeren Kräften aus dem Schatze ihrer Erfahrungen und Kenntnisse mittheilen können. Wenn auch nach übereinstimmender Ansicht der Fachkreise die Pflegepersonen nach Ablauf eines („Lehr-") Jahres heutzutage mit Berechtigung der geschulten Krankenwartung zugerechnet werden dürfen, so sind doch eine Reihe von Dienstjahren erforderlich, um ein höheres und gewissermaassen künstlerisch verfeinertes Niveau der Leistungsfähigkeit im Krankenpflegeberufe zu erreichen.

Es kann hier nicht die Aufgabe sein, alle die kleinen technischen Einzelheiten und manuellen Fertigkeiten eingehend zu schildern, welche im Bereiche der Thätigkeit der personellen Krankenwartung, wie sie heutzutage in den modernen Hospitälern geübt wird, liegen; es muss vielmehr nach dieser Richtung auf die sehr zahlreichen und vielfach auch recht brauchbaren und zweckmässigen Leitfäden und Lehrbücher der practischen Krankenpflege, die in den letzten Jahren, zumeist von der Hand bewährter Krankenhausleiter, erschienen sind, verwiesen werden. In diesen Schriften — besonders erwähnt seien hier die für das Pflegepersonal zur Anleitung bestimmten Werke von Th. Billroth, Rupprecht, Göring, Wagner, Salzwedel, Lazarus, Witthauer, Sick, Aufrecht, Eichhoff, Courvoisier, E. Lukes etc. — finden die Pflegepersonen anschauliche, genaue und klare Belehrungen über die so mannigfaltigen und zahlreichen Handgriffe und Kunstfertigkeiten, welche im Krankenpflegedienste unentbehrlich sind und deren sachgemässe und geschickte Ausführung wesentlich dazu beiträgt dem Kranken seine Unbequemlichkeiten und Leiden zu vermindern und ihm seine Lage zu erleichtern. Wir müssen uns an dieser Stelle darauf beschränken einen Gesammtblick auf die Aufgaben des Hospitalpflegedienstes zu werfen und die wichtigsten Erfordernisse desselben im Folgenden kurz vor das Auge zu führen.

In denjenigen Hospitälern, in welchen die Nachtpflegepersonen nicht auch noch in die Tagpflege einzugreifen und die am Morgen stattfindende Krankentoilette zu besorgen haben, welches System nach den obigen Erörterungen keineswegs Empfehlung verdient, besteht die erste Aufgabe, welche an die personelle Krankenwartung herantritt, in der Reinigung und körperlichen Ordnung der Kranken, inclusive der erneuten Herrichtung ihrer Lagerstätten. Es folgt dann die tägliche Reinigung der Krankensäle selbst sammt aller in ihnen vorhandenen und in Benutzung gezogenen Geräthschaften. Hieran wiederum schliesst sich die Aufgabe, den Kranken die Morgenmahlzeit zuzuführen. Diese Thätigkeiten gehen

gleichzeitig einher mit der pünktlichen Darreichung der ersten Arzneidosen und der sonst nothwendigen verordneten Heilmaassnahmen, ferner mit der Vornahme der dem Pflegepersonal übertragenen der Krankenbeobachtung dienenden Messungen bezl. der Körpertemperatur, des Pulses, der Respiration, deren Ergebnisse auf den Bettkarten und den dazu bestimmten Formularen verzeichnet werden. Um allen diesen mannigfaltigen Aufgaben gerecht werden zu können und sie in zufriedenstellender Weise zu erledigen, bevor die erste ärztliche Visite auf dem Krankensaale beginnt, ist es nöthig mit dem Tagespflegedienst zeitig zu beginnen. Da in den meisten Krankenhäusern die ärztliche Morgenvisite um 9 Uhr, in manchen Anstalten sogar schon um 8 Uhr ihren Anfang nimmt, so müssen die Pflegepersonen ihr Werk bereits ca. 2 Stunden vor diesem Zeitpunkte beginnen, also um 7 resp. 6 Uhr Morgens. Die zwischen der ersten ärztlichen Visite und der zweiten, der Mittagsvisite, liegende Zeit wird zum grösten Theil durch die Ausführung der bei der Morgenvisite vom Arzte angeordneten Maassnahmen und durch die Aufgabe der Krankenernährung ausgefüllt.

Bei der Vollführung der ärztlichen Anordnungen spielt eine besonders wichtige Rolle das pünktliche Eingeben der für die betreffenden Kranken aus der Anstaltsapotheke gekommenen Arzneien, für welches die Pflegepersonen verantwortlich zu machen sind. Es wird damit eine belangreiche und vertrauenerfordernde Aufgabe in die Hand der Krankenwartung gelegt, von deren sorgsamer und genauer Erfüllung oft der Erfolg der Krankenbehandlung zum grossen Theile abhängt. Nicht nur unbedingte Pünktlichkeit und Zuverlässigkeit, strictes Festhalten aller in Bezug auf die Darreichung der Medicamente gegebenen ärztlichen Wünsche, sondern auch eine geschickte und kunstgerechte Zuführung der betreffenden Substanzen zum Körper des Kranken ist erforderlich. Dies gilt sowohl für die innerlich aufzunehmenden Arzneien wie die verschiedenartigen Mixturen, Pulver, Pillen, Pastillen, Tabletten, die Thees und Mineralwässer, als auch für die äusserlich zu applicirenden Medicamente, die einzureibenden, aufzustreichenden oder einzuführenden Salben, die Pflaster, die flüssigen Einreibungen etc., bei deren Handhabung die peinlichste Sauberkeit, die grösste Accuratesse, das sorgsamste, schonendste Vorgehen nothwendig erscheint. Was die Ausführung sonstiger Heilvornahmen anlangt, die in den Bereich der Krankenpflege gerechnet werden, so sind vor Allem Ausspülungen der verschiedenen Körperhöhlen, Einspritzungen in ebendieselben und ferner subcutane Injectionen, Einträufelungen, Pinselungen, Einpulverungen, Einathmungen, sodann die verschiedenen hydriatischen Proceduren, die kalten und warmen Voll- und Theilbäder, die Douchen, die medikamentösen Bäder, die warmen und kalten Umschläge, die Eisanwendungen, Uebergiessungen, Waschungen, Wärmeapplicationen in Form von Warmluftbädern, Wärmeumschlägen und Anwendung sonstiger Wärmeapparate zu erwähnen. Die Ausführung aller dieser so mannigfachen Hilfeleistungen wird in den Krankenanstalten häufig ausschliesslich der geschulten Krankenwartung übertragen,

wobei sich die Pflegepersonen naturgemäss ebenfalls aufs Genaueste an die ärztlichen Vorschriften zu halten haben; wenn auch bei der Vornahme dieser zu bestimmten therapeutischen Zwecken angeordneten Proceduren jedes selbstständige Handeln für die Krankenwartung ausgeschlossen ist, so erfordert doch die kunstgerechte und zweckentsprechende Vollführung aller dieser Maassnahmen nach vielen Richtungen hin Uebung, practische Erfahrung und überdies die genaue Kenntniss aller hierfür nöthigen technischen Hilfsmittel des Krankencomforts.

Auch hinsichtlich der Krankenernährung kommt der personellen Krankenwartung eine wichtige, die ärztlich-therapeutischen Zwecke unterstützende Aufgabe zu; auch in dieser Hinsicht kann sie durch pünktliche, auf die Bequemlichkeit und Behaglichkeit des Kranken Rücksicht nehmende Darreichung der Speisen und Getränke, durch schonende, vorsichtige und sorgsame Zuführung derselben, durch eine gefällige und appetitfördernde Anrichtung des Essens, sowie freundlichen Zuspruch und Beseitigung störender Einflüsse aus der Umgebung viel beitragen, um dem Kranken die Nahrungsaufnahme leichter und angenehmer zu machen. Ebenso wird nicht selten in den Krankenanstalten die Zubereitung einer Anzahl schnell herzurichtender, einfacherer Krankenspeisen in die Hände der Pflegepersonen gelegt, wenn naturgemäss auch im Allgemeinen die Herstellung der Krankengerichte in grösseren Anstalten durch ein eigenes Küchenpersonal, allerdings häufig unter Anleitung und Oberaufsicht erfahrener Pflegerinnen, besorgt wird. Auch auf dem Gebiete der Krankenernährung sind die Krankenpflegepersonen immerhin nur mehr die Ausführenden als die Anordnenden, ähnlich wie bei der Arzneidarreichung; hier ist ebenfalls der behandelnde Arzt der Oberfeldherr, der nach wissenschaftlichen Erwägungen gemäss den individuellen Erfordernissen bei den einzelnen Kranken die Ernährungstherapie regelt. Den Krankenpflegepersonen erwächst vielmehr in erster Linie die Aufgabe sich um das „Wie", weniger um das „Was" in der Ernährung der Kranken, die ihrer Obhut anvertraut sind, zu kümmern. In den grösseren Krankenanstalten kann sicherlich im Essen nicht eine so grosse Abwechselung geboten werden, wie sie in der Privatpflege sich der Begüterte beschaffen kann; aber doch ist man neuerdings allgemein bestrebt im Rahmen des Möglichen bezw. der zur Verfügung stehenden materiellen Mittel den Kranken auch in den Hospitälern eine wohlschmeckende, abwechslungsreiche, appetitlich und sauber servirte Nahrung zukommen zu lassen. Auch durch den eigenartigen Krankheitszustand des Einzelnen sind ja der Mannigfaltigkeit der Speisen im Krankenhause ziemlich enge Grenzen gezogen. Der Umstand, dass in einer grösseren Anstalt stets zahlreiche Kranke gleichzeitig in geeigneter Weise zu beköstigen sind, und dass unter diesen zahlreichen Kranken einerseits eine grössere Anzahl Leichtkranker, deren Magendarmcanal keine besondere Rücksicht beansprucht, sich befinden, während andererseits wiederum eine Anzahl von Kranken nur leichter verdauliche Speisen geniessen und schliesslich die Schwerkranken, besonders die Fiebernden

in der Mehrzahl allein auf flüssige Kost angewiesen sind, hat dazu geführt in den grösseren allgemeinen Krankenhäusern besondere „Diätformen" zu normiren, welche in 3 oder 4 Abstufungen (als I., II. etc. Form bezeichnet) von der Kost der Gesunden bis zu der der Schwerkranken führen. Mit diesen Diätformen, wie sie in den einzelnen Anstalten in bestimmten Diätformularen, die sich jedoch nicht sehr wesentlich von einander unterscheiden, fixirt werden, ist die personelle Krankenwartung genau vertraut zu machen, um die gegebenen Grundlagen für die Ernährung der Kranken, deren Zusammensetzung der Arzt ständig controllirt, zu kennen. Durch die bei der Nahrungsdarreichung gemachten Wahrnehmungen über die „thatsächliche Nahrungsaufnahme" und die Bekömmlichkeit der dargereichten Speisen im Einzelfalle sind die Pflegepersonen in der Lage dem die Gesammtbehandlung leitenden Arzte werthvolle Aufschlüsse, Handhaben, auch hier und da einmal Vorschläge die Krankenernährung betreffend zu bieten. Um einem zu grossen Schematismus in der Speisendarreichung, wie er sonst leicht die Folge der fixirten Diätformen sein könnte, vorzubeugen, empfiehlt es sich in den Krankenhäusern durch die sog. „Extrazulagen" zu den einzelnen Formen eine grössere Abwechslung und Mannigfaltigkeit zu ermöglichen. Eine ausserordentlich wichtige Aufgabe der personellen Krankenwartung besteht in der Verhütung von „Diätfehlern"; durch sorgsame Aufmerksamkeit nach dieser Richtung können schwere Schädigungen der Kranken, wie sie nicht selten durch ihre eigene Unbesonnenheit und die der sie besuchenden Personen herbeigeführt werden, vermieden werden.

Eine besonders schwierige und zeitraubende Aufgabe der Krankenwartung bildet sodann der Umgang mit den Kranken, welcher sehr viel Geduld, Güte, Takt, Umsicht und Ueberlegung erfordert. Die Krankenpflegepersonen nehmen dem Arzte im Umgange mit den Kranken ein wichtiges Stück psychischer Beeinflussung und Behandlung ab und können daher durch ihr geeignetes Verhalten die therapeutischen Erfolge wesentlich unterstützen. Mit Recht legen die Aerzte neuerdings ein besonderes Gewicht auf die ihnen zu Gebote stehenden psychischen Heilmittel, deren Bedeutung für die Krankenbehandlung früher unterschätzt wurde, und zweifellos kommt dem psychischen Einfluss, den der Arzt auf den Kranken übt, eine grosse Bedeutung nicht nur für dessen subjectives Wohlbefinden, sondern auch für seine thatsächlichen Genesungsfortschritte zu; aber wenn man erwägt, dass der Arzt in den Krankenanstalten sowohl wie in der privaten Praxis doch nur kurze Zeit am Krankenlager verbringt, während die Pflegepersonen die dauernde Umgebung des Kranken bilden, so wird es klar, dass die Letzteren in der Lage sind zu der psychischen Gesammteinwirkung recht wesentlich beizutragen. In Anerkennung dieser Verhältnisse hat man in neuerer Zeit bezl. der personellen Krankenwartung die Forderung aufgestellt, dass man die Gewinnung eines Pflegepersonals anstrebe, welches in der Lage sei seinen Umgang mit den anvertrauten Kranken, also vornehmlich seine Gespräche mit den Kranken selbst sowie

sein ganzes Verhalten und Benehmen am Krankenbett so einzurichten, wie es für den seelischen Zustand der Krankenhausinsassen am zweckmässigsten sei. Gerade in der Aufstellung dieser Forderung spricht sich die ärztliche Fürsorge um die Gestaltung der personellen Umgebung des Kranken in hervorragender Weise aus. Für den therapeutischen Werth eines dieser Forderung entsprechenden Pflegepersonals sind neuerdings insbesondere v. Leyden, M. Mendelsohn, E. Dietrich, P. Jacobsohn, G. Meyer wiederholt eingetreten. Sehr treffend sagt v. Leyden (vgl. Zeitschrift f. diätet. u. physical. Therapie, Bd. III, 3): „Die Ausbildung der Pflegerinnen und Pfleger in dem heutigen Sinne soll nicht schematisch auf die Ausführung der ärztlichen Anordnungen beschränkt bleiben, sondern sie sollen angeleitet werden die Gedanken und Gefühle des Kranken einigermaassen zu verstehen und sich zu vergegenwärtigen, dass der Kranke nicht beherrscht, sondern bedient und gepflegt sein will.“ Hauptsächlich wohl aus diesem Gesichtspunkte eines recht rücksichtsvollen und tactvollen Benehmens dem Kranken gegenüber ist in den letzten Jahren von vielen Seiten der Wunsch ausgesprochen worden in grösserem Maassstabe gebildetere Kräfte für die personelle Krankenwartung heranzuziehen, ein Verlangen, welches an sich ja nur sehr zu unterstützen ist, vorläufig aber noch in praxi grossen Schwierigkeiten begegnet, weil in den gebildeteren Kreisen sich nur verhältnissmässig wenige Personen finden, die zur Erwählung des Krankenpflegeberufes bereit sind. Es lässt sich jedoch durch geeignete Belehrung und Fortbildung auch bei vielen mit einfacherer Allgemeinbildung versehenen Pflegepersonen, wie sie bis jetzt noch das Gros des die Krankenpflege ausübenden Materials darstellen, ein recht gutes Niveau für das Benehmen am Krankenbette erreichen, wofern nur eine einigermaassen geeignete Charakteranlage und guter Wille vorhanden ist. Vor allem aber müssen die Pflegepersonen nicht ängstlich davor behütet werden die wichtigsten und häufigsten Krankheitszustände und Krankheitsursachen in den Hauptzügen ihres Wesens zu begreifen und zu kennen, wie man es bisher mancherseits für richtig hielt; denn zweifellos kann man die Gedanken und Gefühle Kranker nur dann beurtheilen und verstehen, wenn man ihre Lage einigermaassen zutreffend zu würdigen im Stande ist. Ein zweckmässiger Umgang der Pflegepersonen mit den Kranken ist unbedingt nothwendig, aber schwierig. Hier gilt es den Muth und die Geduld Verzagender zu stärken, Missmuth und Trübsal zu zerstreuen, Hoffnungen anzuregen und zu beleben, behutsam Trost zu spenden, den Niedergeschlagenen aufzurichten, den Aengstlichen zu beruhigen, den Grübelnden abzulenken und zu beschäftigen, dem Fragenden tactvoll zu antworten, den Erregten zu beschwichtigen, den ungestümen Reconvalescenten zurückzuhalten, mit dem Empfindlichen auszukommen, den Widerspenstigen zu ermahnen und zu belehren, den Unwissenden und Unbesonnenen aufzuklären, und dabei stets die eigene Autorität und die des behandelnden Arztes zu wahren und zu vertheidigen — fürwahr, besonders in den öffentlichen Krankenanstalten, keine geringe Aufgabe!

Doch noch mannigfache andere wichtige Aufgaben des Hospitalpflegedienstes kommen hinzu, welche in den Zwischenzeiten zwischen den ärztlichen Visiten zu erledigen sind und die Thätigkeit der Pflegepersonen zu einer ununterbrochenen, überaus anstrengenden und vielseitigen machen. Bald handelt es sich um neu aufgenommene Kranke, die in den Krankensaal gebracht, umgekleidet, eventuell gebadet, gereinigt und gebettet werden müssen, bald sind Messungen und Registrirungen an den Kranken selbst (Puls, Respiration, Temperatur, Gewicht) oder ihren Entleerungen vorzunehmen, bald durch Regelung der Lüftungs-, Heizungs-, Beleuchtungs-Vorrichtungen für geeignete hygienische Verhältnisse der Krankenräume Sorge zu tragen. Auch die Beobachtung der Kranken und des Krankheitsverlaufes liegt zum Theile der personellen Krankenwartung ob; es dürfen ihr plötzlich eintretende Verschlimmerungen des Zustandes, sowie wichtige, äusserlich wahrnehmbare Krankheitssymptome nicht entgehen; gefahrdrohende Schwächezustände erheischen die sofortige Citirung ärztlichen Beistandes oder machen schnelles, umsichtiges und entschlossenes Zugreifen nothwendig. Im Zusammenhange mit der Krankenbeobachtung, soweit sie Sache des Pflegepersonals ist, steht eine weitere wichtige Aufgabe desselben: die Berichterstattung für die ärztliche Visite. Wenn der Krankenbericht, den die Pflegepersonen dem Arzt zu erstatten haben, seinen Zweck erfüllen soll, so muss er sowohl knapp gehalten, als auch zutreffend und klar sein. Die Pflegepersonen müssen also nicht nur gut und richtig beobachten können, sondern auch über die Fähigkeit verfügen, das Geschehene klar und anschaulich auseinanderzusetzen und das Wichtige hervorzuheben. Auch hierin bedarf es vieler Erfahrung und Uebung, vielleicht noch in höherem Grade, als die eigentliche Pflegethätigkeit, die hilfreiche Handleistung am Krankenlager sie erfordert. In besonderem Maasse bewährt hat sich für die Krankenwartung die Einführung einer schriftlichen Berichterstattung mit Hilfe von ad hoc eingerichteten Pflege-Berichtbüchern, deren Führung zwar etwas zeitraubend ist, aber doch dem Gedächtniss der Pflegepersonen in wünschenswerther Weise nachhilft und für den behandelnden Arzt sehr werthvoll werden kann.

Alle diese vielfachen Aufgaben der personellen Krankenwartung füllen die zwischen den Stations-Visiten liegenden Zeiträume aus, und es erübrigt nun noch einen Blick auf die Thätigkeit während der Visiten selbst zu werfen. In manchen Krankenanstalten werden vom Arzte täglich 3 Visiten gemacht, in manchen (kleineren) Anstalten nur 2. Im ersteren Falle pflegt bei der Mittagsvisite der leitende Arzt des Krankenhauses anwesend zu sein, während die Morgen- und Abendvisite durch den Assistenzarzt allein vollzogen werden, der dann bei der Hauptvisite über die dazwischenliegende Zeit den ärztlichen Bericht erstattet und mit dem Chefarzt die weitere Festsetzung des Heilplanes beräth. Auch die Zeit der ärztlichen Krankenbesuche stellt an die personelle Krankenwartung ihre besonderen Anforderungen. Nicht nur die oben erwähnte Berichterstattung aus den Pflege-Berichtbüchern kommt zu ihrem Recht, sondern

auch die Hilfe der Pflegepersonen bei den ärztlichen Untersuchungen, die Unterstützung der Kranken, die geschickte Darreichung von Instrumenten, Geräthen etc., sowie die Entgegennahme und Notirung der ärztlichen Verordnungen stellt an die Aufmerksamkeit und Pünktlichkeit der Pflegepersonen erhebliche Ansprüche. Ganz besonders gross ist die Verantwortung der Krankenwartung bei der Vornahme chirurgischer Eingriffe seitens des Arztes. Die für ihren erfolgreichen Verlauf in erster Linie heut allgemein als Vorbedingung erkannte Beherrschung der Asepsis und Antisepsis muss der Krankenwartung in demselben Maasse eigen sein wie den Aerzten selbst; denn in ihrer Hand liegt ein wichtiger Antheil der Fürsorge für die Fernhaltung und Zerstörung der schädlichen Bacterien hinsichtlich aller mit dem Kranken in Berührung kommenden Objecte und Personen; die Desinfection mit aller peinlichen Aufmerksamkeit, Sauberkeit und Sorgfalt, mit der bis in's Kleinste gehenden Treue und Zuverlässigkeit, mit der Behendigkeit, Exactheit und Umsicht, die sie in den Krankenanstalten erfordert, durchzuführen ist, vor Allem auf den chirurgischen Abtheilungen, die vornehmste Aufgabe und die unablässige Sorge der Krankenwartung. Diese wichtige Aufgabe muss sie beseelen bei der Reinhaltung des eigenen Körpers, bei der der Krankenräume, des Operationssaales, der Geräthe und Instrumente, der Verbandstoffe, des Kranken selbst. Unnöthig ist es hier weiter darauf hinzuweisen, welch hervorragend wichtiger Einfluss hinsichtlich der Behandlungserfolge nach dieser Richtung auch der personellen Krankenwartung zukommt. Und nicht minder wichtig und verantwortungsvoll sind die Aufgaben, die häufig bei der Vorbereitung grösserer Operationen, bei der Narkose und der Ueberwachung der Kranken nach der Vornahme des chirurgischen Eingriffs, sowie bei der Pflege in der Nachbehandlungszeit den ärztlichen Hilfspersonen erwachsen. Aber auch auf den inneren Krankenhaus-Abtheilungen tragen die Pflegepersonen ganz ähnliche schwere Pflichten. Es sei nur an die Pflege ansteckender Kranker hier erinnert, bei der sie dafür zu sorgen haben, dass andere Kranke nicht inficirt und die Krankheitserreger nicht nach aussen verschleppt werden, und wo sie dazu noch die Gefahr auf sich nehmen, sich selbst anzustecken, deren Vermeidung gleichfalls unablässige und eingehende Sorgfalt erheischt. Mit vollem Rechte hat man die Fürsorge für die peinlichste Sauberkeit und Reinlichkeit hinsichtlich aller die unbelebte und belebte Umgebung auch der inneren Kranken bildenden Objecte und Personen „die Asepsis der inneren Medicin“ genannt, um den Werth ihrer stricten und aufmerksamen Durchführung für die Therapie auch der inneren Erkrankungen zu kennzeichnen; ist sie es doch auch, die, abgesehen von der Krankheitsprophylaxe, für die ihr grundlegende Bedeutung zukommt, ausserordentlich viel dazu beitragen kann dem Kranken seine Lage zu erleichtern und sein Los angenehmer und erträglicher zu gestalten und so auch direct auf den Verlauf der bereits bestehenden Erkrankung günstig einzuwirken.

War es im Vorstehenden auch nur möglich einen kurzen Ueberblick über die wesentlichsten Aufgaben des Hospitalpflegedienstes zu geben, so dürfte

derselbe doch vollkommen genügen, um die Ueberzeugung zu festigen, dass die Krankenhauspflege mit ihren überaus zahlreichen Anforderungen und Pflichten in zufriedenstellender Weise nur von ausreichend lange geschulten und sich ihrem Berufe mit ganzer Kraft hingebenden Persönlichkeiten geleistet werden kann. Ehe wir uns aber von der Betrachtung der personellen Krankenwartung in den Krankenanstalten entfernen, haben wir noch einigen nicht unwesentlichen Punkten, die in letzter Zeit häufiger zum Gegenstande der Erörterung gemacht wurden und mit der Anstaltskrankenpflege in Zusammenhang stehen, unsere Aufmerksamkeit zuzuwenden.

Zunächst bedarf die Frage hier einer Erläuterung, ob es zweckmässiger sei in den Anstalten ein Krankenpflegepersonal zu verwenden, das einer der verschiedenen Schwestern-Vereinigungen entstammt, wie sie durch die katholischen Orden und Congregationen, durch die Diakonissen-Anstalten, die Roth-Kreuz-Verbände, die Schwestern des evang. Diakonie-Vereins, die jüdischen Schwesternvereine etc. dargestellt werden, oder hingegen direct bezahltes Pflegepersonal anzustellen. Diese Frage ist bereits weiter oben berührt worden, doch erscheint es immerhin angebracht, hier noch Einiges über den Gegenstand anzuführen. Eine definitive principielle Entscheidung in diesem Punkte abzugeben, dürfte ausserordentlich schwierig sein und dabei niemals auf alle Fälle passen. Die Ansichten der Aerzte sind in dieser Sache sehr auseinandergehend, indem die Einen für die Anstaltspflege dem Lohnpersonal, die anderen dem Genossenschaftspersonal und zwar dem weiblichen den Vorzug geben. Ich habe bereits an anderem Orte das Thema besprochen und die Ansicht geäussert, dass man wohl mit beiden Arten von Krankenpflegepersonal gute Erfolge erzielen könne, wenn nur die erste Hauptbedingung erfüllt sei, dass die Pflegepersonen längere Zeit hindurch ordnungsmässig geschult werden und Gelegenheit erhalten tüchtige Kenntnisse in ihrem Fache zu erwerben. Dass die Meinungen unter den Aerzten noch so erheblich auseinandergehen, liegt zum Theil wohl auch daran, dass Viele dasjenige Personal für die Krankenwartung bevorzugen, mit welchem sie längere Zeit gearbeitet haben, und auch für diejenige Vereinigung am meisten eintreten, zu der sie irgendwelche besonderen Beziehungen haben. Zweifellos giebt es sowohl unter den Lohn-Pflegepersonen als auch unter den Genossenschafts-Pflegepersonen tüchtigere und weniger tüchtige Kräfte. Die Eignung zur Krankenpflegethätigkeit hängt zu sehr vom Individuum, von seinen persönlichen Eigenschaften ab, als dass man ein schablonenmässiges Urtheil leichterdings abgeben könnte. Es ist sicher für den Standpunkt des Arztes, der ja diesen Auseinandersetzungen als maassgebend zu Grunde gelegt sein soll, das Wichtigste, dass die Hilfspersonen, die ihm in der Krankenbehandlung unterstützend zur Hand gehen sollen, in ihrer beruflichen Thätigkeit wohlerfahren sind, sich in dienstlicher Beziehung gut unterzuordnen verstehen und ihm in der Ausführung seiner Intentionen zuverlässig erscheinen. Nächst einer hinreichenden sachlichen Schulung liegt der Schwerpunkt für die Brauchbarkeit der Krankenwartung zweifellos in der richtigen Auffassung und Erkenntniss der Stellung zu den übrigen am

Krankenbette wirkenden Personen; in ganz besonderem Maasse gilt Dies aber für die Krankenpflege in Anstalten, deren Betrieb einen in sich geordneten, einem grossen Gesammtziel dienenden Organismus darstellt. Der Arzt, als der „fachwissenschaftliche und fachtechnische“ Leiter des Ganzen kann seine Aufgabe nur dann in zufriedenstellender und wünschenswerther Weise erfüllen, wenn er darauf vertrauen kann, dass alle Factoren des Anstaltsbetriebes in geeigneter und zukömmlicher Art sich bethätigen, und er überzeugt sein darf, dass der Geist einer festen und wohlthätigen Disciplin jedem einzelnen Mitgliede der Betriebsgemeinschaft innewohnt. Von der grössten Wichtigkeit ist es, dass diese Disciplin in dem dienstlichen Verhältniss zwischen Anstaltsärzten und Krankenpflegepersonen zum deutlichen Ausdruck gelangt. Und wenn gesagt wird, dass die Aerzte die natürlichen Vorgesetzten der Krankenpflegepersonen, diese die natürlichen Untergebenen der Aerzte sind, so ist damit gemeint, dass ärztlicherseits unbedingt im Interesse der Krankenbehandlung gefordert werden muss, dass die Pflegepersonen den Aerzten einen unerschütterlichen Gehorsam schulden in Bezug auf Alles, was mit dem Krankendienste in Verbindung steht. Da nun aber gerade im Anstaltsbetriebe alle Beziehungen zwischen den ihm angehörenden Personen aufs Genaueste dienstlich geregelt zu werden pflegen, so gilt für die Anstaltspflege von diesem Grundsatz kaum eine Ausnahme. Nach diesem sehr prominenten Gesichtspunkt ist daher mit in erster Linie das Personal zu betrachten, welches von den verschiedenen Seiten her den Aerzten zur Pflegethätigkeit zur Verfügung gestellt wird. Von vielen Aerzten ist der Wunsch geäussert worden, wie bereits erwähnt, ein „gebildeteres“ Pflegepersonal heranzuziehen, in der Hoffnung auf der Grundlage besserer familiärer Jugenderziehung und eines durch umfänglichere Schulkenntnisse erweiterten geistigen Horizontes bezw. geläuterten Denk- und Urteilsvermögens ein Pflegepersonal zu gewinnen, dass mehr Verständniss für seine Berufsaufgaben besitzt und sie nicht einseitig unter dem Gesichtspunkt des geschäftsmässigen Gelderwerbes betrachtet, auch eher in der Lage ist sich in die Wünsche, Bedürfnisse und den psychischen Zustand der Kranken hinein zu versetzen. Man hat mancherseits geglaubt dieses Ziel durch ausgedehntere Verwendung des weiblichen Genossenschaftspersonals (Schwestern) erreichen zu können, weil sich in diesem Kreise eine nicht unerhebliche Zahl von Personen befinden, die über eine feinere häusliche Erziehung und eine umfassendere Allgemeinbildung verfügen, und nicht selten hat sich diese Erwartung bestätigt gefunden. Aber das von Seiten der Genossenschaften ausgebildete Pflegepersonal ist bei Weitem nicht zahlreich genug, um die Bedürfnisse der allgemeinen und der Special-Hospitäler, die sich gerade in der Gegenwart so schnell vermehren, zu decken. Schon aus diesem Grunde kann also das Lohnpflegepersonal durch das Genossenschaftspersonal nicht völlig ersetzt und verdrängt werden, sondern man wird immer auch in Zukunft mit beiden Kategorieen von Pflegepersonen zu rechnen haben. Hinzukommt, dass die Krankenpflege-Genossenschaften

bisher sich zum überwiegenden Theile nur mit der Heranbildung weiblichen Personals befasst haben, während sich heutzutage auch ein steigendes Bedürfniss nach gutem männlichen Pflegepersonal geltend macht, weil, wie bereits berührt, in vielen Fällen die weibliche Kraft für die physischen Aufgaben nicht ausreicht, in anderen auch sittliche Rücksichten gegen die Verwendung weiblichen Personals in Frage kommen. Am augenfälligsten gilt dies für die männlichen Abtheilungen der Anstalten für Geisteskranke, Epileptiker, Idioten, die Stationen für Haut- und Geschlechtskranke etc.

Wenn auch zugegeben werden muss, dass das Lobnpflegepersonal, und zwar das männliche wie das weibliche, welches in früheren Zeiten fast überall in den Krankenanstalten zu finden war, den ärztlichen Anforderungen durchweg in keiner Weise genügte und, wie zahlreiche Schilderungen der damaligen Aerzte bezeugen, nicht selten die ihm anvertrauten Kranken in roher Weise behandelte, so ist andererseits doch die Thatsache nicht wegzuleugnen, dass sich diese Verhältnisse besonders in letzter Zeit wesentlich gebessert haben, so dass sich jetzt auch in den Reihen des Lohnpflegepersonals eine nicht unerhebliche Anzahl von tüchtigen und für die Krankenwartung gut verwendbaren Personen vorfindet. Es ist sicherlich mit Freuden zu begrüssen, dass gerade von ärztlicher Seite in letzter Zeit Werth darauf gelegt und eine aufmerksame Mühewaltung dahin gerichtet wurde, die ethischen nnd fachwissenschaftlichen Fähigkeiten der gewerbsmässigen Pflegepersonen sowohl für den Anstaltsdienst als die Privatpflege zu verbessern und auf eine Stufe zu erheben, die einen Abstand von dem früher allein bevorzugten Genossenschaftspersonal weniger erkennbar und fühlbar macht (K. Alt, E. Dietrich, P. Jacobsohn, G. Meyer); der Fortschritt liegt darin, dass man sich früher damit begnügte festzustellen und immer wieder zu betonen, dass die „Krankenwärter“ und „Krankenwärterinnen“ eine minderwerthige Pflegegruppe darstellten, während man damals die aussichtsvollen Wege die vorhandenen Schäden abzustellen nicht voll erkannte. Es fehlte die in richtiger Weise helfend eingreifende Hand sachkundiger Aerzte, die sich erst dem Lohnpflegepersonal mit der nöthigen Ausdauer, Lust und Liebe zur Sache hinstrecken musste, um es durch geeignete Belehrung und Anleitung, durch energischeren Hinweis auf die ethischen Grundlagen der Krankenpflege, durch geeignete Darbietung von Fachzeitschriften, Fachkalendern und Fachlehrbüchern, durch Weckung der Antriebe zur Mitarbeit an der eigenen Vervollkommnung wirksam zu heben und zu fördern. Heute hat sich dieses Streben bereits als erfolgreich erweisen können, und wie die Umstände jetzt liegen, kann man wohl mit Berechtigung behaupten, dass auch das Lohnpflegepersonal für den Krankendienst zu empfehlen sei. Eine andere Frage aber ist es, ob man gut daran thut in derselben Krankenanstalt Genossenschaftspersonal und Lohnpflegepersonal neben einander zu verwenden, wie dies jetzt noch in manchen Anstalten geschieht, in der Weise, dass für die eigentliche Krankenpflegethätigkeit fast ausschliess-

lich Schwestern, für die gröberen Hausarbeiten aber zu deren Unterstützung bezahltes „Wärterpersonal" eingestellt wird. Vielfache Erfahrungen aus der letzten Zeit haben gezeigt, dass eine derartig arrangirte Combination von genossenschaftlichem und freiem Pflegepersonal in demselben Krankenhause zu mancherlei Unzuträglichkeiten führt, welche der Disciplin der Anstalt Abbruch thuen und häufig unerquickliche Verhältnisse schaffen. Ich kann diesem Verfahren auch nicht das Wort reden. Die Unzuträglichkeiten beruhen in erster Linie auf der eigenthümlichen Zwitterstellung zwischen Krankenpflegeperson und Dienstbote, welche den „Wärtern" und „Wärterinnen" in solchen Anstalten erwächst. Dem Namen nach gehören sie zum Warte- und Pflegepersonal, in der That aber fungiren sie als Untergebene nicht nur, wie man annehmen sollte, der Aerzte, sondern auch der Schwestern, welche doch eigentlich ihre Berufsgenossen sind. In manchen Anstalten hat sich die Praxis herausgebildet, diejenigen dienstlichen Verrichtungen, für welche die Schwestern zu schade gehalten werden oder welche sie nicht übernehmen wollen, den „Wärtern" aufzusparen, die Letzteren aber von dem eigentlichen Pflegedienste, der Krankenwartung, zurückzuhalten. Dieses Verfahren schafft nun häufig eine vom ärztlichen Standpunkte sehr unerwünschte Rivalität zwischen dem Genossenschaftspersonal und dem Lohnpflegepersonal, welches wünscht, selbst am Krankenpflegedienste in gleichem Maasse theilzunehmen als die Schwestern, ferner aber verlangt, dass den Schwestern die Hausarbeit ebensowenig erspart bleibe als ihm; es empfindet den Umstand als eine Ungerechtigkeit, dass man in rein beruflichen Dingen einen Unterschied zwischen den Pflegepersonen verschiedener Provenienz macht. In der That erscheint es ja sonderbar, dass man von den freien Pflegepersonen die gleichen Kenntnisse, die gleichen Verantwortlichkeiten und Gefährdungen verlangt, während man ihnen in der Berufsthätigkeit nicht die dementsprechende Stellung vindiciren möchte. Dieser Hinweis dürfte deutlich dafür sprechen, dass man besser daran thut entweder ausschliesslich genossenschaftliches Personal oder aber nur Lohnpflegepersonal in den Anstalten zu verwenden. Allenfalls würde es noch rathsam sein eine Combination beider Arten von Personal in derselben Anstalt in der Weise einzurichten, dass sich auf der Frauenabtheilung allein Schwestern, auf der Männerabtheilung allein männliche Lohnpfleger bethätigen, so dass eine dienstliche Berührung hier möglichst vermieden wird. Aber, wenn man selbst diesem System huldigt, so wird immer noch darauf geachtet werden müssen, dass eine offensichtliche „Bevorzugung" des Genossenschaftspersonals in Ausübung der Berufsthätigkeit (persönliche Behandlung seitens der Vorgesetzten, Art der Beköstigung und der Wohnräume, Arbeits- und Erholungszeit, Umfang der Verrichtungen) ausgeschlossen wird, weil sie geradezu verhängnissvolle Gefahren zeitigen kann, die bei genügender Beschäftigung mit diesem Gegenstande garnicht übersehen werden können. Von der Verwendung gemischten Personals auf derselben Station kann nur abgerathen werden; zu berücksichtigen ist hierbei auch die Er-

fahrungsthatsache, dass männliche Pfleger sich wohl bereit finden sich ihrem natürlichen Vorgesetzten, dem leitenden oder assistirenden Arzte, also einer männlichen Autorität unterzuordnen, nicht aber in gleicher Weise einer Krankenschwester, nicht einmal einer Oberin, deren Stellung in den Anstalten von ihnen nicht selten als „zu selbstständiges Frauenregiment“ gekennzeichnet wird. Als wenig zweckmässig müssen wir überhaupt heutzutage die zweifellos etwas veraltete Bezeichnung „Wärter und Wärterin“ betrachten, welche die Berufsthätigkeit, wie sie jetzt vom ärztlich-therapeutischen Standpunkte aufgefasst werden will, weit weniger gut charakterisirt, als die Bezeichnung „Pfleger und Pflegerin“, in der mehr ein humaner, an ein sorgsames, behutsames Bedienen und Hegen des Kranken erinnernder Beiklang liegt, während der Ausdruck „Wärter“ unwillkürlich die Gestalt eines Thierbändigers oder eines Gefangenenwärters vor das geistige Auge führt. Ferner ist diese letztere Bezeichnung so lange Zeit hindurch bewusst mit einer etwas summarischen Geringschätzung, die ihren Ausgangspunkt in zurückliegenden Zeiten, in denen die Lohnpersonen sich noch ausschliesslich aus sehr niedrigstehenden Bevölkerungselementen recrutirten und durch ihre Geldgier und Rohheit berüchtigt waren, verknüpft worden, dass sie schon aus diesem Grunde für gutgeschulte, tüchtige, selbständige Pflegepersonen nicht mehr gebraucht werden sollte (semper aliquid haeret!). Und schliesslich ist mit dem Worte insofern Missbrauch getrieben worden, als es bald zur Bezeichnung von wirklichen Krankenpflegern, bald zur Bezeichnung von unwissenden, ungelernten Lohnknechten und Dienstboten verwendet wurde, so dass man thatsächlich jetzt sich keinen ganz gut definirten Begriff darunter vorstellen kann. Aus diesen Gründen habe ich vorgeschlagen, die erwähnte Bezeichnung gänzlich für den Krankendienst fallen zu lassen und sie stets durch „Pfleger, Pflegerin“ zu ersetzen; inzwischen hatte ich die Freude constatiren zu können, dass dieser Vorschlag sowohl in den Kreisen der Aerzte als der Pflegepersonen vielfach als zweckmässig anerkannt und beherzigt worden ist.

Die Besprechung dieses Punktes, dessen Bedeutung vielleicht geringfügiger erscheinen könnte, als sie es thatsächlich ist, führt zu der Behandlung des für die Regelung der personellen Krankenwartung und ihrer Aufgaben ausserordentlich wichtigen Themas: „Krankenpflege und Hausarbeit“, das eine ganz besondere Bedeutung für den Anstaltsbetrieb beansprucht und in letzter Zeit verschiedentlich einer Discussion unterzogen worden ist. Es handelt sich darum festzustellen, ob die sog. gröbere Hausarbeit, wie sie natürlich in grösseren Anstalten in viel ausgedehnterem Maasse zu bewältigen ist als in der Privatpflege, und welche vornehmlich im täglichen Reinigen der Krankenräume, im Fensterputzen, Dielen- resp. Fussboden-Scheuern etc. besteht, in das Thätigkeitsgebiet der Krankenpflegepersonen gehörig zu erachten und von diesen zu vollziehen ist, oder ob es zweckmässiger ist, derartige Arbeiten als des Krankenpflegeberufes „unwürdig“ einem niederen, ungebildeten Dienstpersonal (auf Frauen-Abtheilungen Dienstmädchen, auf Männer-Abtheilungen Hausdienern)

zu übertragen und den Krankenpflegepersonen derartige Arbeiten zu ersparen. Beide Arten des Verfahrens haben ihre Vertheidiger gefunden. Auf der einen Seite wurde angeführt, es sei wünschenswerth, die ohnehin schon mit wichtigen Pflichten und verantwortungsvoller Thätigkeit genugsam beschwerten Pflegepersonen möglichst von der Hausarbeit zu entlasten; sie würden dann sich mit um so grösserer Kraft und Hingebung der sorgenden Obhut für die Kranken widmen können und sie seien dann nicht gezwungen, Arbeiten zu verrichten, für deren Ausführung billigere und ungebildetere Kräfte ausreichen könnten, und deren Vollziehung geeignet sei, besonders in den öffentlichen Krankenanstalten mit ihrer den ärmeren Volksschichten entstammenden Besetzung das Ansehen der Pflegepersonen in den Augen der Kranken herabzumindern. Auf der anderen Seite wurde geltend gemacht, dass derartige Arbeiten doch recht eigentlich mit zur Krankenpflege im wahrsten Sinne des Wortes insofern gehören, als gerade die Reinhaltung der Kranken und ihrer Umgebung eines der wichtigsten Erfordernisse geordneter Krankenfürsorge bilden soll; daher sei die gröbere Arbeit in den Krankenzimmern und Krankensälen der Hospitäler zweifellos durch die Krankenpflegepersonen zu leisten. Es seien die erwähnten Thätigkeiten auch keineswegs als entwürdigende aufzufassen; denn gerade der Krankenpflegeberuf geniesse deshalb eine höhere gesellschaftliche Schätzung, weil er mit so sehr vielen Pflichten verknüpft sei, die eine besondere Entsagung verlangten. Gegen die Meinung, dass in erster Linie die Genossenschaftsschwestern, unter denen nicht selten, feingebildete „Damen“ zu finden seien, von der gröberen Hausarbeit befreit werden sollten, wurde geltend gemacht, dass eine Schwester eigentlich nicht ihren Schwesternberuf im richtigen Sinne erfasst habe, wenn sie sich davor scheue, auch die unerfreulicheren Arbeiten des Berufes zu vollziehen und noch zu ihrer eigenen Bedienung besonderer Dienstboten bedürfe. Im Allgemeinen war der Eindruck zu gewinnen, dass die Schwestern geistlicher Provenienz sich eher geneigt zeigten, alle Arbeiten der Krankenpflegethätigkeit unterschiedslos zu verrichten, inclusive der Hausarbeit, als die weltlichen Schwestern, die eine Abgrenzung der Thätigkeit als wünschenswerth hinstellen. Zweifellos verräth derjenige Standpunkt eine sehr ideale Berufsauffassung, von dem aus jede Thätigkeit im Krankendienste gern übernommen und gleichsam als durch das Bewusstsein, den Elenden und Geprüften zu nützen, geheiligt und gehoben betrachtet wird, und auch vom ärztlichen Gesichtspunkte lassen sich Gründe vorführen, die dafür sprechen, die gesammte Bedienung der Kranken auf den Anstaltsabtheilungen allein in die Hand geschulter Pflegepersonen zu legen und aushelfende Dienstboten nicht in die Krankenräume zu bringen; gehören doch nach der heutigen therapeutischen Anschauung eigentlich mit Nothwendigkeit an ein jedes Krankenbett nur 3 Personen: erstens der die Gesammtbehandlung leitende und den Heilplan entwerfende Arzt, zweitens der den Arzt unterstützende Gehilfe, Krankenpfleger oder Pflegerin, und drittens der Kranke selber. Es ist kaum eine Frage, dass die Zimmer-

desinfection, die so grosse Wichtigkeit hat, besser gehandhabt werden kann, wenn allein die Pflegepersonen für alle Verrichtungen in den Krankenräumen einzustehen haben. Indess, wie gesagt, es lässt sich auch die Ansicht nicht als ganz unbegründet zurückweisen, wonach dahin gestrebt wird, eine gewisse Arbeitsentlastung der Pflegekräfte (mithin auch eine wohlthätige körperliche Schonung!) dadurch herbeiführen, dass man die gröberen Hausarbeiten durch eine besondere Art Dienstpersonal („Krankendiener und Krankendienerinnen") ausführen lässt. Vielleicht hoffen die Vertreter dieses Systems Kräfte mit höherer Allgemeinbildung und aus besseren Kreisen eher für die personelle Krankenwartung in grösserem Umfange gewinnen zu können, wenn sie die „Schrecken" der Hausarbeit möglichst aus der Berufsthätigkeit entfernen. Freilich scheint jene Begründung uns kaum ausreichend, welche ins Feld führt, gewisse Arbeiten schickten sich nicht für „Damen"; denn wir meinen wohl mit Recht, dass „im Dienst" die „Dame" stets zu verschwinden habe und nur die Krankenpflegerin übrig bleiben solle, der eigentlich der Satz, dass Arbeit nicht schändet, geläufig sein müsste. Ferner ist zu bedenken, dass man durch Trennung der „Hausarbeit" von der Krankenpflegethätigkeit zwei unter sich subordinirte Gruppen von Hilfspersonen schafft und nicht nur den Anstaltsbetrieb an sich complicirter (auch kostspieliger) gestaltet, sondern auch neue Gelegenheiten zu Conflicten und Reibungen, dabei eine Erschwerung der Controlle darbietet. Unserer Anschauung nach dürfte das System ohne Kranken-Dienstpersonal im Allgemeinen den Vorzug verdienen. Jedenfalls sollte man aber sich davor hüten, in einem derartigen Dienstpersonal ein „Zwitterding" zu schaffen, von dem man schliesslich nicht weiss, ob man Krankenpflegepersonen oder Dienstboten schlechthin vor sich hat, und man wird gut thun, die thatsächliche Stellung dieser Personen gleich im Namen einheitlich festzulegen. Nicht unerwähnt bleibe schliesslich ein von Zimmer mit Recht hervorgehobener und auf Erfahrungen beruhender Grund für die ausschliessliche Verwendung geschulter Pflegepersonen in den Krankenräumen: er konnte beobachten, dass gerade die Hausarbeit sich als eine gesundheitlich erfrischende und belebende Abwechselung im Krankendienste erwies, welche den Pflegerinnen Gelegenheit bot, „sich körperlich auszuarbeiten".

Was die dienstliche Stellung der Pflegepersonen in den Krankenanstalten anlangt, so scheint es am zweckmässigsten zu sein, wenn dieselben den Anstaltsärzten direct subordinirt werden; es entspricht dieses Verhältniss am meisten ihrer therapeutischen Stellung als „ärztliche Gehilfen". Sie sind dem dirigirenden Arzte der betreffenden Anstalt wie den Stations-Aerzten unbedingten Gehorsam schuldig, und ihr Hauptstreben muss dahin zielen, den von ihnen ausgehenden Anordnungen in treuester und pünktlichster Weise nachzukommen, das von ihnen verfolgte Heilungsziel, soweit es in ihren Kräften und in ihrem Bereiche steht, zu unterstützen und sich ihre Anerkennung zu verdienen. Dieser Gehorsam muss dem Pflegepersonal aber nicht als ein Zwang erscheinen, sondern er muss

ihm willkommen sein als ein bewusst als nothwendig erkanntes Mittel zur Erreichung der Anstaltszwecke, und er muss gern geleistet werden auch auf Grund der dem Arzte darzubringenden Anhänglichkeit, Achtung und Hochschätzung. Aber auch der Arzt wird gut thun, seine Stellung zum Pflegepersonal so einzurichten, dass er versteht, sich die erwähnten Gefühle bei demselben wachzurufen und zu erhalten. Er halte zwar auf gute Disciplin und sehe darauf, dass seinen Wünschen Folge gegeben wird; er tadle, wo es notthut und merze unnachsichtlich die ungeeigneten Elemente aus dem Kreise der Pflegepersonen aus. Aber auf der anderen Seite sei er gerecht, bevorzuge niemanden in augenfälliger Weise, erkenne das Lobenswerthe an, richte statt des befehlenden Tones, der nur für den Nothfall aufgespart wird, freundliche Worte an die Pflegepersonen, nehme Theil an ihren Interessen, sorge für ihr Wohlbefinden, schütze sie gegen unberechtigte Ansprüche und Angriffe seitens der Kranken und hege zu ihnen eine väterliche, fürsorgliche Gesinnung; dies ist der sicherste Weg sich ihre Liebe und ihren Gehorsam zu verschaffen, und seine Beschreitung wird auch den Anstaltsinteressen förderlich sein. In neuerer Zeit wächst die Zahl der Anstalten, in welchen der leitende Arzt auch gleichzeitig Leiter der Verwaltung ist; es will uns scheinen, dass hierin ein Fortschritt liegt, da es zweifellos nicht nur eine Vereinfachung, sondern auch eine harmonischere Gestaltung des Anstaltsbetriebes ermöglicht, wenn ein Oberhaupt an der Spitze des Ganzen steht, in dessen Händen alle Fäden der Anstaltsfürsorge zusammenlaufen. Es kann doch nur von Vortheil für die Anstalt sein, wenn der leitende Arzt auch in den mehr ökonomischen Theil des Betriebes eingeweiht ist und dann in der Lage ist die Bedürfnisse der Kranken mit den Mitteln der Anstalt in einen wünschenswerthen Ausgleich zu setzen. Freilich ist es bei den sehr grossen Krankenanstalten mit 1000 und mehr Betten nicht möglich, dieses System, welchem wohl in der Zukunft eine immer grössere Ausbreitung beschieden sein dürfte, durchzuführen, weil hier die Arbeitslast sowohl hinsichtlich der Krankenbehandlung, als hinsichtlich des Verwaltungsbetriebes so gross wird, dass sie von einem Einzelnen nicht wohl geleistet werden kann. Für diese Fälle hat man entweder den Weg eingeschlagen, mehrere leitende Aerzte anzustellen und einem derselben zugleich die Leitung der Verwaltung im Nebenamte zu übertragen, oder für die Leitung des Verwaltungsbetriebes einen besonderen Arzt anzustellen, der aber alsdann der Krankenbehandlung, die durch mehrere dirigirende Aerzte (und deren Assistenten) besorgt wird, enthoben ist und seine ganze Kraft den einzelnen Zweigen der Pflege und Versorgung des Hauses widmen kann. Auch für die Stellung des Pflegepersonals in den Anstalten ist es von grosser Bedeutung, wenn die Oberleitung des Verwaltungsbetriebes in ärztlichen Händen ruht: denn damit gewinnt der betreffende Arzt zugleich einen viel weitergehenden Einfluss auf die Organisation und Regelung dieses wichtigen Betriebs- und Heil-Factors. Er wird dann von Amts wegen veranlasst sich um die Anstellung (Prüfung der Zeugnisse und des Vorbildungs-

ganges), Vertheilung, Entlassung etc. des Personals eingehend zu kümmern; die Sorge für die Ordnung dieser Verhältnisse fällt dann mit in sein Ressort — und nicht zum Schaden der Sache — denn zweifellos ist ein erfahrener Arzt eher in der Lage diese Maassnahmen in geeigneter Weise zu treffen als ein subalterner Verwaltungsbeamter, ein Büreau-Inspector oder dergl. Es ist angesichts des leider noch so häufigen Personalwechsels in den Anstalten nur zu wünschen, dass die ärztlichen Gesichtspunkte bei der Auswahl der sich für die Krankenwartung meldenden Personen, ebenso wie bei der Vertheilung der einzelnen Pflegepersonen auf die einzelnen Abtheilungen der Anstalt nach Bedürfniss, individueller Eignung, Ausbildung zu hervorragender Geltung gelangen. Auch die Autorität des Arztes wird dadurch wesentlich gefördert; die Beziehungen zwischen ihm und dem Pflegepersonal werden engere. Alle diese Factoren können dazu beitragen, dem Arzte in der Krankenanstalt gewissermaassen den Charakter eines pater familias zu geben, dem sowohl die Hausdisciplin, als die väterliche Fürsorge für die Kranken wie die ihm unterstellten ärztlichen Hilfspersonen obliegt. Die letzteren werden dann eine Stellung in der Anstalt gewinnen, die man zutreffend als „vermittelndes Bindeglied“ zwischen Arzt und Kranken bezeichnen kann (G. Liebe). In manchen Anstalten sind die Krankenpflegepersonen (insbesondere die Schwestern) einer sog. Oberin oder Verwaltungsschwester unterstellt, welche entweder selbstständig den öconomischen Betrieb der betreffenden Anstalt regelt und zugleich die Oberaufsicht über die Pflegerinnen führt, oder darauf beschränkt ist, den gesammten Krankenpflegedienst des Hauses zu überwachen. Um gleichzeitig den Verwaltungsposten nnd den Oberpflegerinposten zu versehen, muss die Betreffende jedenfalls eine sehr intelligente, gewandte und erfahrene Dame sein und in vorgerückterem Lebensalter stehen. Eine solche exponirte und verantwortungsvolle Stellung fordert ein erhebliches Maass an Tact, Lebenserfahrung, Umsicht, Menschenkenntniss und Dispositionstalent, und es dürfte nicht leicht sein, eine grössere Anzahl geeigneter Personen ausfindig zu machen, die derartigen Stellungen in jeder Beziehung vollkommen gewachsen sind. Immerhin ist die Thatsache zu registriren, dass es Anstalten giebt, die eine derartige Einrichtung seit Jahren besitzen und gut dabei gefahren sind. Es sind dies besonders solche Krankenanstalten, welche entweder von bestimmten Krankenpflege-Genossenschaften gegründet wurden oder solchen als Arbeitsfeld übergeben worden sind und gleichzeitig auch als Ausbildungsstätte für Krankenschwestern dienen. Für die Hauptmasse der grossen öffentlichen Krankenhäuser, welche zumeist mit Lohn-Pflegepersonal arbeiten, ist das System indessen nicht durchführbar, insbesondere nicht für Anstalten, welche auch männliches Pflegepersonal beschäftigen, weil sich erfahrungsgemäss Krankenpfleger besser einem Arzte als einer weiblichen Person (Oberin) unterordnen. Wenn wir auch anerkannt haben, dass in geeigneten Fällen sich für die Oberleitung der gesammten Krankenpflege die Hand einer Oberin als zweckmässig erweist, so dürfen wir doch nicht verschweigen, dass es auch an Erfahrungen

nicht mangelt, welche dafür sprechen, dass es sich im Allgemeinen mehr empfiehlt die Oberleitung der Krankenpflege, damit auch der personellen Krankenwartung, in ärztliche Hände zu legen. Hervorzuheben ist hier die nicht selten zu Tage tretende Schwierigkeit einer friedlichen Abgrenzung der Disciplinar- und Organisationsbefugnisse in der Anstalt zwischen Chefarzt und Oberin, welche zuweilen zu Conflicten und unerfreulichen Verhältnissen führt. Auch in unseren früheren Erörterungen finden sich einige Punkte, welche darauf hinweisen, wie erhebliche Vorzüge es gewährt, das gesammte Pflegepersonal, das männliche wie das weibliche, unmittelbar dem Arzte zu subordiniren. Selbstverständlich lässt sich gegen das Vorhandensein einer Anzahl von sog. Ober-Pflegern und Ober-Pflegerinnen in einem grossen Anstaltsbetriebe, wenn man darunter den Stamm der ältesten, erfahrensten und auf den einzelnen Stationen zur Mitanleitung und Mitcontrole des jüngeren Personals herangezogenen Pflegepersonen versteht, nichts ausstellen. Wir möchten also zwar in dieser Frage nicht so weit gehen wie Aufrecht, welcher sagt: „Es wird einst unverständlich erscheinen, dass noch am Ende des 19. Jahrhunderts in ausgedehntem Maasse Oberinnen oder Geistliche, welche Krankheit und Krankenbehandlung nicht kannten, über Ausbildung, Anstellung und Vertheilung von Krankenpflegerinnen in erster Linie zu bestimmen hatten“ (Anleitung zur Krankenpflege, pag. 6). Aber auch wir neigen dazu das Oberinsystem auf die speciell genossenschaftlichen Krankenanstalten zu beschränken.

Nachdem wir somit die wichtigsten Fragen bezüglich des Thätigkeitsumfanges der in Anstalten beschäftigten Krankenpflegepersonen, ferner bezüglich ihrer Stellung und ihrer Aufgaben den Kranken gegenüber, sowie ihres Verhältnisses zu den Vorgesetzten erörtert haben, bleibt uns noch ein Punkt zur Behandlung übrig, der gleichfalls in letzter Zeit wiederholt discutirt worden ist und insofern besonderer Rücksicht werth erscheint, als er, wenn auch mit dem Vorhergehenden nur loser zusammenhängend, doch in therapeutischer Beziehung eine nicht unerhebliche Bedeutung beansprucht. Es handelt sich um die Frage der Kleidung für die personelle Krankenwartung, um die Gestaltung des Aeusseren der Pflegepersonen, welches, am Krankenbette gleichfalls auf den Kranken einwirkend, in ähnlicher Weise dem therapeutischen Regime unterliegen muss, wie alle sonstigen Componenten der Umgebung des Kranken, seien sie belebt oder unbelebt. Es gilt hier in erster Linie der Grundsatz, dass die Kleidung des Pflegepersonals so beschaffen sein soll, dass sie nicht nach irgend einer Richtung den auch sonst für das Milieu des Kranken geltenden Prinzipien widerspricht. Sie soll dazu beitragen, die Pflegepersonen dem Kranken in psychischer Beziehung angenehm, d. h. sympathisch erscheinen zu lassen; es ist daher erforderlich, dass der Eindruck, den das Aeussere der Pflegepersonen macht, ein freundlicher und belebender sei. Bereits wurde darauf hingewiesen, dass sich Personen, die selbst einen körperlich leidenden, kränklichen Eindruck machen, nicht zur Krankenpflege eignen, ebenso

Personen mit auffallenden Narben, entstellenden Gebrechen etc., weil diese Umstände den Kranken stets an das Kranksein mahnen, während doch gerade von der Pflegeperson auf den Kranken ein Hauch von Thatkraft und gesunder Frische ausstrahlen soll. Aus dem gleichen Grunde sind für die personelle Krankenwartung Kleider in hellen Farben empfehlenswerth, also kommen vor Allem Waschkleider in Weiss, Hellgrau, oder Hellblau in Frage. In Deutschland besteht die Dienstkleidung — diese allein, nicht aber die „Strassen-Uniform", hat für den Arzt Bedeutung — gewöhnlich aus einem blau und weiss, grau und blau, hellblau und schwarz gestreiften oder gemusterten Baumwollstoff-Kleid (Gingham) für die Schwestern und Pflegerinnen, während die Pfleger ein kurzes Jacket aus weissem oder gelblichem Drell tragen. In Amerika, neuerdings auch in England, tragen die Krankenpflegerinnen allgemein ausschliesslich weisse Dienstkleider, die sich ausserordentlich gut bewährt haben und anscheinend auch bei uns zur Anwendung empfohlen werden können. Wenig zweckmässig sind schon aus dem bereits angeführten Gesichtspunkte die schwarzen Trachten, welche man noch häufig bei Pflegerinnen geistlicher Provenienz findet; sie wirken auf den Kranken zu ernst und düster. Aber noch weniger entsprechen sie dem Wünschenswerten, weil sie nicht so gut gereinigt werden können als die hellen Waschkleider, welche einer häufigen und peinlichen Desinfection zugänglich sind, ein Vorzug, der gerade im Krankendienst, wo Uebertragungen von Infectionsstoffen leichter möglich sind als sonst, von ganz besonderer Bedeutung ist. Peinlichste Sauberkeit hinsichtlich der Kleidung der Pflegepersonen ist eine unerlässliche Forderung sowohl im Hinblick auf das Wohl der Kranken, als auch dasjenige der Pflegepersonen selbst, welche in der sorgsamsten Reinlichkeitspflege an Körper und Kleidung ein wichtiges Mittel in der Hand haben, um sich vor Ansteckung im Berufe zu schützen.

In dieser Hinsicht ist zu berücksichtigen, dass man Verunreinigungen (Flecke) auf hellem Untergrunde viel leichter wahrnimmt als auf dunklem; auch ist experimentell festgestellt, dass sich Infectionserreger auf dunklen Kleidungsstoffen länger lebensfähig erhalten als auf hellen. Die Frage der Pfleger-Kleidung, in den für die Krankenpflegepersonen bestimmten Anleitungen nur kurz gestreift, ist besonders eingehend vor Kurzem von Spener behandelt worden (vgl. Deutsche Krankenpflege-Ztg. 1898. pag. 124 ff.), der auch die einschlägige Litteratur genauer anführt. Angesichts der mannigfaltigen „Uniformirungs-Vorschriften", wie sie die verschiedenen Krankenpflege-Genossenschaften ausgearbeitet haben, um ihre Angehörigen von einander zu unterscheiden und abzugrenzen, empfiehlt Spener sehr treffend, dem Uebelstande, dass das Ordenskleid heute mehr und mehr zur „anpreisenden Livrée" geworden ist, dadurch entgegenzutreten, dass gleichzeitig mit der auch sehr erstrebenswerthen staatlichen Approbation der Krankenpflegepersonen eine für das ganze Land einheitliche, zweckmässige Tracht eingeführt wird, welche ausschliesslich von den geprüften Pflegepersonen getragen werden darf;

auch auf eine gewisse Kleidsamkeit soll dabei Rücksicht genommen werden. Der erwähnte Autor macht in seiner sehr lesenswerthen Arbeit darauf aufmerksam, dass bei der Pflegerinnenkleidung auch auf die Haartracht und die Haubenform besondere Aufmerksamkeit gerichtet werden solle. Hinsichtlich der ersteren ist ein straffes Einflechten des Haares, glatte Scheitelung und Vermeidung von Locken besonders empfehlenswerth, weniger, um zu einer würdig-schlichten Erscheinung beizutragen, als vielmehr, um die Möglichkeit von Infectionen (Operationen!) zu beschränken; natürlich wird auch den individuellen Verhältnissen eine gewisse Rechnung zu tragen sein. Hinsichtlich der Haube, eines wegen des guten Zusammenhalten des Haares auch vom ärztlichen Standpunkt zweckmässigen Kleidungsstückes, empfiehlt sich möglichste Einfachheit (Form einer Mitra Hippocratis oder eines Kopf-Tuchverbandes), leichte Auseinandernehmbarkeit und Desinficirbarkeit, Vermeidung von als Staubfänger dienenden Fältchen und Anhangschleiern, gutes Festsitzen an der Haargrenze (Befestigung durch ein Gummiband!). Die umfänglichen, gestärkten Hauben mancher Genossenschaften sind unzweckmässig. Ein wichtiges Erforderniss für die Kleidung der Pflegepersonen ist ferner, dass sie bequem sei und bei den mannigfaltigen Bewegungen, welche die Pflegethätigkeit mit sich bringt, nicht hindern (Bücken, Aufheben der Kranken, Transport der Kranken etc.). Gerade für Pflegerinnen ist die neuerdings sich immer mehr ausbreitende, den ärztlichen Anforderungen gerechtwerdende sog. Reformkleidung von Bedeutung; jedenfalls ist das gesundheitsschädliche Korsett im Krankendienst besonders ungeeignet und sollte gänzlich vermieden werden. Leider werden von den Leitern der meisten Krankenpflege-Vereinigungen in den Schwestern-Ordnungen diese wichtigen Punkte noch nicht eingehend genug berücksichtigt. Und doch hat auch der Kranke ein Interesse daran, dass die Kleidung der ihn behütenden Pflegerinnen geeignet sei, dass ihn das Knarren der Korsetts, das Rauschen der gestärkten Röcke nicht störe etc. Ist man doch ärztlicherseits so weit gegangen, zu verlangen, dass Knöpfe an der Kleidung der Pflegepersonen stets durch weiche Bänder ersetzt werden sollten, um den Kranken beim Aufheben nicht zu drücken und zu belästigen. Die empfehlenswertheste Form des Pflegerinnenkleides scheint das sog. Prinzesskleid zu sein, bei dem Rock und Taille aus einem Stück bestehen, und das bereits von mehreren Genossenschaften mit Erfolg eingeführt worden ist. Die Röcke wähle man fussfrei; das Schuhwerk sei haltbar, leicht, bequem, es bestehe aus leichten Lederschuhen (keine klappenden Absätze!) oder Segeltuch-Schuhen, habe aber keine „lautlosen“ Filzsohlen, bei deren Gebrauch der Kranke durch die unerwartete, plötzliche Annäherung erschreckt werden kann. Die Dienstkleidung wird durch eine möglichst grosse und breite Schürze aus weissem Shirting mit grossem Brustlatz und Achselbändern vervollständigt. Zweckmässige Modelle für die Pflegerinnenkleidung hat Spener angegeben (l. c. pag. 138; ebenda auch Abbildungen). Für die chirurgische Krankenpflege und den speciellen Operationsdienst eignen sich

grosse das Kleid bedeckende Ueberschürzen aus grober Leinewand ohne Taschen, deren Bänder nicht am Boden schleifen dürfen, und die im strömenden Wasserdampf sterilisirt werden können. Sehr zweckmässig ist auch das von L. Fürst angegebene Ueberkleid für Pflegerinnen (vgl. Zeitschr. f. Krankenpfl. 1896. pag. 107). Bei durchnässenden Verrichtungen (Operationen, auch bei gröberen Hausarbeiten, beim Baden, Instrumentereinigen, Leichenwaschen) kann auf dem Dienstkleid noch eine wasserundurchlässige Deckschürze (Mosetig-Battist!) getragen werden. Ueber die Kleidung des männlichen Pflegepersonals sind nicht viel Worte zu machen. Am geeignetsten ist die Kleidung der freiwilligen Militär-Krankenpfleger und der Lazarethgehilfen. Erforderlich ist grösste Sauberkeit bei der Haar- und Barttracht, Kurzhalten der Haare; ferner leichte Waschbarkeit der Kleidungsstücke, Unterkleider aus porösem Baumwollenstoff, Oberkleider aus glattem, hellen Leinen- oder Baumwollstoff. Für den Oberrock ist die beste Form die bis zum oberen Drittel des Oberschenkels reichende und am Hals hochgeschlossene, mit niedrigem Klappkragen versehene Litewka, die am Rücken durch Riegel oder Gummiband zusammengehalten wird; die Aermel sind mittelweit und heraufschlagbar zu gestalten. Das Schuhzeug sei ähnlich wie bei den Pflegerinnen. Im Operationsdienst ist das Tragen weisser Waschmützen empfehlenswerth.

### b) Personelle Krankenwartung in der Privatpflege.

Die personelle Krankenwartung im Privathause bietet in vielfacher Beziehung so eigenartige Verhältnisse, dass sie eine gesonderte Betrachtung erheischt. Es handelt sich hier nicht um die Pflege mehrerer in demselben Raume untergebrachter Kranker, die gleichzeitig die Fürsorge einer einzigen Pflegeperson beanspruchen, sondern fast stets ist es nur ein Kranker, der der sorgenden Obhut bedarf. Und andererseits vollzieht sich die Pflegethätigkeit hier nicht in eigens für die Krankenpflege erbauten und eingerichteten Instituten, wie sie die modernen Krankenanstalten darstellen, sondern in zunächst für den Aufenthalt Gesunder bestimmten privaten Wohnräumen. Das sind die beiden am meisten ins Auge springenden Unterschiede beim Vergleiche der Hospitalpflege und Privatpflege; sie sind so schwerwiegende, dass sie auf die Art und die Erfordernisse der personellen Krankenwartung in mannigfacher Hinsicht einen sehr erheblichen Einfluss äussern. Es ist nicht eben leicht zu entscheiden, welche Art der Krankenpflege die schwierigere und anforderungsreichere ist, die Krankenhauspflege oder die Familienpflege. Wenn man annehmen sollte, dass es doch leichter sein müsse nur einem Kranken sich zu widmen, als mehreren, wie im Hospitale, gleichzeitig, so ist hinwiederum dagegen zu halten, dass die Pflegepersonen bei der privaten Pflege doch in höherem Grade auf sich selbst angewiesen sind als im Krankenhause, wo ihnen jederzeit Hilfe und Unterstützung seitens der Anstaltsärzte und ihrer Berufsgenossen zur Hand ist. In der Privatpflege liegt in der That, wie mit Recht hervorgehoben worden ist,

ein sehr wesentlicher Theil der Krankenbehandlung, nämlich die gesammte Fürsorge für das Wohl des Kranken während der Zwischenzeit zwischen den kurzen ärztlichen Krankenbesuchen, während der „23 $^3/_4$ Stunden des Tages, wo der Arzt nicht bei dem Kranken ist“ (Mendelsohn), auf den Schultern der Pflegepersonen, und vielleicht in noch höherem Grade als bei der Anstaltspflege ist es oft hauptsächlich dem Vorhandensein einer guten personellen Krankenwartung zu danken, wenn die vom behandelnden Arzte intendirten Heilziele bei einem schwerkranken Privatpatienten in erfreulicher Weise erreicht werden. So zeigt sich denn in erfreulicher Weise erreicht werden. So zeigt sich denn im Privathause auf's deutlichste, welchen wichtigen Heilfactor heutzutage die personelle Krankenwartung darstellt, und wie gross das therapeutische Interesse der Aerzte sein muss, diesen Hilfsfactor für die Krankenbehandlung möglichst zu verbessern und zu vervollkommnen. Wenn man bedenkt, dass es in der Gegenwart doch nur einigen wenigen gesellschaftlich und wirthschaftlich auf der Höhe des Lebens wandelnden Personen möglich ist den Arzt andauernd Tag und Nacht hindurch an ihrem Bette zu haben und durch ihn selbst alle kleinen Sorgen der Krankenpflege ausgeführt zu sehen, während es bei dem Gros der Bevölkerung äussere Gründe mannigfacher Art verhindern diese „Hippocratischen“ Verhältnisse beizubehalten, so ergiebt sich sofort die dringende Nothwendigkeit geeignete Ersatztruppen in der Privatpflege zur Hand zu haben, denen in Abwesenheit des Arztes die dauernde Obhut für die Kranken anvertraut werden kann. Hatten wir schon weiter oben bei der Betrachtung der personellen Krankenwartung in Hospitälern die Beobachtung machen können, dass es derzeit mancherorts an einer hinreichenden Anzahl von verfügbaren und den ärztlichen Anforderungen gänzlich entsprechenden Pflegepersonen mangelt, und zwar einerseits, weil überhaupt verhältnissmässig noch zu wenig Personen sich bereit finden die Krankenpflege als Lebensberuf zu wählen, andererseits, weil eine reichlichere Besetzung der Krankenhäuser mit Pflegekräften in manchen Fällen den wirthschaftlichen Etat zu stark belasten würde, so finden wir ähnliche Uebelstände auch bei der privaten Krankenpflege wieder. Auch hier tritt uns erstens die nur zu bekannte Thatsache störend in den Weg, dass auch für die Familienpflege das gesammte bereitstehende Contingent an berufsmässigem Pflegepersonal den thatsächlich vorhandenen Bedürfnissen gegenüber noch in keiner Weise numerisch ausreicht, obgleich von Seiten der verschiedenen bewährten geistlichen und weltlichen Organisationen sehr grosse Mühe aufgewendet wird, um immer neue Hilfstruppen gutgeschulter Pflegepersonen heranzubilden; sodann aber machen sich auch hier in sehr hohem Maasse wirthschaftliche Schwierigkeiten geltend, welche verhindern, dass in grösserer Ausdehnung berufsmässige Pflegepersonen zur Privatpflege herangezogen werden können. Ein idealer Zustand wäre es ja, wenn jedem Schwerkranken die beiden jetzt erst in ihrer gleich grossen Bedeutung recht erkannten wichtigen personellen Heilfactoren: „Arzt und Pflegeperson“ zu Gebote stehen würden;

aber von einem solchen Ziele sind wir natürlich noch weit entfernt, und es ist auch für's erste nicht wohl möglich demselben so nahe zu gelangen, wie es vom ärztlichen Standpunkte aus gewiss zu wünschen wäre. Immerhin darf man nicht verkennen, dass auch nach dieser Richtung hin schon sehr wesentliche Fortschritte gemacht worden sind. Zunächst kann nicht ausser Acht gelassen werden, dass die Absicht auch den Angehörigen der ärmeren Volksschichten eine genügende Krankenfürsorge durch Arzt und Pflegepersonen in umfangreicherem Maasse zu verschaffen, dazu geführt hat, wenigstens in den grösseren Städten grossartige öffentliche Krankenanstalten ins Leben zu rufen, die mit allen Einrichtungen des modernen Krankencomforts aufs Beste versehen werden, und deren bauliche Anlage und innere Ausstattung häufig so vorzüglich sind, dass heute mehr denn je dem Satz die Berechtigung zuerkannt werden muss, dass der Arme in schwerer Krankheit nirgends nur entfernt so gut aufgehoben ist als in einem unserer neueren Krankenhäuser. Sodann ist hervorzuheben, dass die geistlichen und weltlichen Orden und Genossenschaften, welche die Krankenpflege als ihr Hauptarbeitsfeld ansehen, insgesammt in bedeutendem Umfange auch unentgeltliche Hilfskräfte für die Privatpflege in unbemittelten Familien zur Verfügung stellen und in den hierauf gerichteten humanen Bestrebungen wetteifern. Allerdings reichen die segensvollen Bethätigungen dieser Organisationen nicht im Geringsten aus, um das ungeheure Bedürfniss armer Kranker in Stadt und Land nach sachkundiger Pflege zu decken; aber es ist anzuerkennen, dass ein wesentlicher Theil der dem Gebiete der Armen- und Gemeindekrankenpflege zu Gute kommenden werkbereiten Mildthätigkeit durch die Genossenschaften in bester Weise geleistet wird. Die Armenfürsorge und Armenkrankenpflege bildet überhaupt das eigentliche und ursprüngliche Arbeitsfeld für die genossenschaftlichen Brüder- und Schwestern-Organisationen, sowohl ihrer historischen Entwickelung als auch ihrer Auffassung der Pflegethätigkeit als eines im göttlichen Auftrage vollzogenen Samariterwerkes nach. Wenn bisweilen Krankenpflege-Genossenschaften auch sich der Pflegethätigkeit in wohlhabenderen Familien befleissigen und damit ihre ausgebildeten Angehörigen zu beruflichen und gewerblichen Pflegepersonen machen, welcher Umstand eintritt, auch wenn die Bezahlung der Pflegedienste nicht direct an die betreffende einzelne Pflegeperson, sondern an die Genossenschaftsleitung leitung bezw. Oberin abgeführt wird, so überschreiten sie eigentlich den Kreis ihrer ihnen seit Alters eigenthümlichen Wirksamkeit. Zweifellos wäre es kaum zu begründen, wollte man in einer derartigen Erweiterung des Thätigkeitsgebietes der modernen Genossenschaften etwas Unwünschenswerthes sehen, da der Grundsatz, dass jede nützliche berufliche Bethätigung auch mit einer entsprechenden Honorirung verbunden sein kann oder sogar sollte, ohne dadurch in gesellschaftlicher Schätzung an Werth zu verlieren, durch solches Vorgehen zur Anerkennung gelangt, nachdem er auch sonst in der Gegenwart allgemein gebilligt worden ist. Allerdings ist alsdann aber auch die Forderung berechtigt, dass

die nicht-genossenschaftlichen Pflegepersonen, wofern sie nur den ärztlich-therapeutischen Anforderungen entsprechen, gesellschaftlich und beruflich den Angehörigen der genossenschaftlichen Organisationen gleichgestellt werden; es kann unmöglich als gerecht und der Wirklichkeit entsprechend bezeichnet werden, wenn fort und fort seitens der Genossenschaften hervorgehoben wird ihre Mitglieder bethätigten sich in der Krankenpflege „aus reiner Humanität", während die selbstständigen Pflegepersonen den Krankenpflegeberuf ausübten, um „Reichthümer zu erwerben". Thatsächlich erzielen beide Gruppen von Krankenpflegepersonen denselben Effect: sie nützen durch die Ausübung ihrer Thätigkeit in wichtiger Weise der Gesammtheit und versorgen sich selbst gleichzeitig, sei es direct oder indirect, mit dem nöthigen Lebensunterhalt; Reichthümer, das kann ruhig behauptet werden, hat noch kein Mensch mit der Krankenpflege erworben! Bei der Berufsausübung human sein, dem Kranken eine rücksichtsvolle, schonende, freundliche und liebevolle Behandlung zu Theil werden lassen, diese „auch fachtechnisch begründete Forderung" wird dem Krankenpfleger (wie auch dem Arzt) schon bei seiner Ausbildung als unerlässliche Vorbedingung hingestellt, und ein Pfleger (Pflegerin), der das Herz auf dem rechten Fleck hat, wird dieser Berufs- und Menschenpflicht stets gern eingedenk sein; aber damit ist noch keineswegs gesagt, dass er auf jedes materielle Entgelt für seine schwierige, pflichtenreiche und gefahrvolle Thätigkeit verzichten muss. Diese Anschauungsweise, welche in der letzten Zeit immer mehr Boden gewonnen hat, hat auch schon an einigen Orten (z. B. Stettin, Posen, Hamburg etc.) dazu geführt, dass die städtischen Verwaltungen sich dazu entschlossen haben, eine Anzahl von geschulten Pflegepersonen (Diakonissinnen oder freie Pflegerinnen) gegen festes Gehalt dauernd speciell für die Zwecke der Armenkrankenpflege anzustellen. Ein solches Vorgehen kann vom ärztlichen Standpunkte aus nur sehr gebilligt werden; denn es ist darin ein sicherer Weg gegeben, um dem armen Theil der Bevölkerung eine gute personelle Krankenwartung zu sichern. Auch die Form der festen Anstellung seitens der Gemeindebehörden ist besonders empfehlenswerth deshalb, weil die Pflegepersonen dadurch eine gewisse Beamtenqualification erhalten, welche sowohl im Hinblick auf ihre Controlle und Verantwortlichkeit als auch in Hinsicht auf ihre Autorität in der Ausübung der Armenkrankenpflege wünschenswerth ist. Vereinzelt ist auch der Versuch gemacht worden, die Armenkrankenpflege durch ehrenamtliche Hilfskräfte zu ersetzen oder wenigstens zu ergänzen; mit Recht ist aber dagegen geltend gemacht worden, dass es besser sei solche Pflegekräfte für den öffentlichen Gemeindekrankendienst zu benutzen, die sich ganz und gar dieser Thätigkeit widmen könnten, ohne die Gefahr zuzulassen, dass sie zeitweise durch anderweitige (z. B. familiäre) Verpflichtungen gezwungen würden innerhalb der Pflege ihre Thätigkeit (oft bei Schwerkranken) abzubrechen. Auch ist zu berücksichtigen, dass durch eine ehrenamtliche Armenkrankenpflege den wohlgeschulten Berufspflegepersonen eine unerwünschte Concurrenz geschaffen werden könnte, welche ihr Thätig-

keitsgebiet einengen und die Entwickelung des Berufes selbst hemmen würde (vgl. hierzu E. Dietrich, Krankenpflege im Ehrenamt. Deutsche med. Wochenschr. 1898. pag. 15 und P. Jacobsohn, Berufsmässige und nichtberufsmässige Krankenpflege. Ebenda. pag. 131).

Zweifellos bildet die Armenkrankenpflege bezw. die Gemeindekrankenpflege den schwierigsten und verantwortungsvollsten Zweig der privaten Krankenwartung. Diese Thätigkeit umfasst eine Reihe von Aufgaben, welche von vornherein nicht unmittelbar zum eigentlichen Pflegedienst am Krankenbette, wie er in der Hospitalpflege oder der Privatpflege in begüterten Kreisen vor sich geht, gehören, aber doch der Lage der Sache nach untrennbar mit ihr verbunden sind. Die Krankenpflegepersonen, welche in der Armenkrankenpflege arbeiten, müssen nicht nur sich die Fürsorge für die ihrer Obhut unterstellten Kranken angelegen sein lassen, sondern es fällt ihnen auch eine wichtige und sehr bedeutungsvolle volkshygienische Aufgabe zu. Sie sind als die besten und wirksamsten Pioniere gesundheitlicher Lebensweise anzusehen, als die berufenen Träger sanitärer Aufklärung, die geeigneten Zerstörer des Aberglaubens und der vielfachen Vorurtheile auf dem Gebiete der Gesundheits- und Krankenpflege, welche so oft die Ursachen des menschlichen Elends, des körperlichen wie auch des geistigen Siechthums, der Ausbreitung der verheerenden Volksseuchen sowie die unüberwindlichen Hindernisse der Krankenbehandlung und Genesung bilden. Vermöge ihrer intimen Stellung in den mittellosen Familien, in denen sie häufig auch die Sorge für den Haushalt, die Obhut der Kinder etc. übernehmen müssen, gelingt es ihnen oft besser noch als dem ja nur kurze Zeit verweilenden Arzte erziehlich zu wirken, von schädlichen Lastern zu entwöhnen und zu fruchtbringender Arbeitsamkeit anzuregen. So wird die Thätigkeit der Gemeindekrankenpflegerin zu einer in prophylaktischer, therapeutischer und socialer Beziehung gleich wichtigen.

Die Gemeindekrankenpflege hat von jeher zu den wesentlichsten Aufgaben der Krankenpflege überhaupt gehört und war die eigentliche und ursprüngliche Veranlassung für die Bildung der ersten genossenschaftlichen Krankenpflege-Organisationen. In früheren Zeiten verfolgte sie vornehmlich rein humanitäre Zwecke und die kirchlichen Organe der Armenpflege hatten die Aufgabe, die Armen auch direct materiell zu unterstützen, indem sie dieselben mit Nahrungsmitteln, Erfrischungen, Kleidungsstücken, Geschenken, Arzneien versorgten, ihnen den Trost der Religion spendeten und ihnen hilfreich zur Hand gingen. In neuerer Zeit werden die Gemeindepflegerinnen auch häufig als Vermittlerinnen von für die Armen bestimmten Geldunterstützungen verwendet, indem man ihrer eingehenden Kenntniss der Armenverhältnisse Rechnung trägt. Die Thätigkeit in der Gemeindekrankenpflege wird von sämmtlichen geistlichen und weltlichen Genossenschaften für ihre Mitglieder als ein besonders segens- und hoffnungsreiches Arbeitsfeld angesehen, und bei der Ausbildung der betreffenden Brüder- und Schwesternschaften wird auf eine geeignete Vorbereitung für diesen Zweig der Privatkrankenpflege besonderer Werth

gelegt; es werden gerade aus diesem Gesichtspunkte, die Pflegerinnen später als Gemeindeschwestern verwenden zu können, gewisse Lehrfächer in den Unterrichtsplan einbezogen, die bei der Armenpflege von besonderer Bedeutung werden, wie Hauswirthschaft, Gesundheitspflege etc. Musterhaft organisirt und geradezu vorbildlich ist die Einrichtung der Armenkrankenpflege in England. Die Pflegerinnenschule des bekannten „Königin Victoria Jubiläums-Instituts“ in London widmet sich mit besonderer Sorgfalt der Ausbildung guter Armenpflegerinnen. Diese ausgezeichnete Anstalt wurde zur Feier des 50jährigen Regierungsjubiläum der Königin mit einem Kapital gegründet, zu welchem die Frauen Englands in ihrer Gesammtheit beigetragen haben; sie stellt eine Centralstätte für die Ausbildung berufsmässiger Krankenpflegerinnen dar, von der aus die Tochterinstitute, welche in den verschiedensten Orten entstanden sind, geleitet und mit Rathschlägen sowie Geldmitteln unterstützt werden. Wenn in irgend einer Stadt des Landes sich eine hinreichende Anzahl wohlhabender und wohlthätiger Bürger finden, welche eine Hebung der Krankenpflege anstreben, so pflegen sich dieselben an das Jubiläumsinstitut mit der Bitte um Mittheilung der gemachten Erfahrungen und Ueberlassung einiger fertig ausgebildeter, tüchtiger Gemeindepflegerinnen zu wenden, die den Grundstock der neuen Tochterschule abgeben; das Institut ist vollkommen interconfessionell. Die Thätigkeit der Armenpflegerinnen gestaltet sich in folgender Weise. Hat ein Arzt einen schwereren Erkrankungsfall bei einem armen Patienten, dem sonst nicht die nöthige Pflege und Wartung zu Theil werden kann, in Behandlung bekommen, so sendet er Nachricht zum nächsten Gemeindestift, in dem die Gemeindepflegerin des Bezirks wohnt. Bald erscheint dieselbe am Krankenbett, führt die besonderen ärztlichen Anordnungen aus, macht es dem Kranken bequem und behaglich, hilft unnütze Möbel, wenn solche vorhanden, aus dem Krankenzimmer entfernen, macht die darin befindlichen Gegenstände und das Zimmer selbst so rein als möglich und giebt den Angehörigen des Kranken Anweisungen zu den nöthigsten Hilfeleistungen bis zu ihrer Rückkehr. Die Temperatur des Kranken wird gemessen, der Puls gezählt und der Befund von der Pflegerin auf einer vom Arzt zurückgelassenen Karte vermerkt, die dieser bei seinem Besuch in Augenschein nimmt; oft wird ihm auch directe Nachricht über das Befinden des Kranken gesendet. So hat der Arzt den Vortheil den Krankheitsfall besser beobachten zu können, der Kranke findet verständige Pflege und psychische Ermunterung, er und seine Angehörigen empfangen manche nützliche Belehrung und Aufklärung. Die Schwierigkeiten freilich, welche in derartiger Berufsausübung zu überwinden sind, sind häufig recht grosse; Widerspenstigkeit, Misstrauen hemmen oftmals das segensreiche Wirken der Pflegepersonen, wenngleich gerade die Thätigkeit in der Gemeindepflege offensichtlich von enormer Bedeutung für die gesundheitliche und wirthschaftliche Hebung der unteren Volksschichten ist. Die grösseren englischen Städte sind in Bezirke eingetheilt; für jeden derselben ist eine, bisweilen auch mehrere Pflegerinnen

angestellt, die im Bezirksstift, das unter der Aufsicht eines Bezirksaufsehers steht, wohnen. Die Pflegerinnen gehen von Haus zu Haus. üben ihre Thätigkeit in der beschriebenen Weise aus und machen an jedem Tage zweimal eine Runde von 4 stündiger Dauer. Sie sind verantwortlich für die Sauberkeit der Kranken wie der Krankenräume und zu musterhafter Ordnungsliebe, Pünktlichkeit, zu freundlicher Behandlung der Kranken und Verschwiegenheit verpflichtet (vgl. meine Bearbeitung von G. A. Hawkins-Ambler, Die vornehme Kunst Kranke zu pflegen. Berlin 1897. H. Kornfeld. pag. 27).

In Deutschland wird, wie erwähnt, der grösste Theil der Armenkrankenpflege von den humanitären Genossenschaften versehen, und die Communalbehörden beginnen erst in letzter Zeit, zunächst in geringem Umfange, die Organisation der Gemeindekrankenpflege selbstständig auszubauen. Neuerdings ist in grösseren Städten die Absicht erwogen worden im Anschluss an die grossen allgemeinen städtischen Krankenanstalten besondere Pflegerinnenschulen für die Zwecke der Gemeindekrankenpflege in's Leben zu rufen. Am schwierigsten gestaltet sich die Regelung der personellen Armenkrankenpflege auf dem platten Lande. Hier macht sich allenthalben der numerische Mangel an geeigneten Pflegekräften besonders fühlbar. Von dem idealen Ziele, dass jede kleine Ortschaft, jedes kleine Dorf seine eigene Armenpflegerin habe, sind wir noch sehr weit entfernt. Dennoch muss anerkannt werden, dass man nach dieser Richtung schon ein gutes Stück vorwärts gekommen ist. Auch in vielen kleinen Städten hat sich die Schwierigkeit als erheblich gezeigt hinreichendes geschultes Pflegepersonal zu beschaffen; wie auf dem Lande fehlt es auch hier an Stätten zur Heranbildung geeigneter Kräfte, die naturgemäss nur in grösseren Städten und im Anschluss an grössere Anstalten begründet werden können. Die Pflegethätigkeit fällt hier zum grossen Theile den Angehörigen der Kranken zu, welche sie naturgemäss mangels genügender Vorkenntnisse oder in Folge beruflicher oder erwerblicher Behinderung nur sehr unvollkommen zu leisten vermögen. Alte kränkliche Personen und aus der Schule behaltene Kinder werden oft zur Wartung herangezogen; nur dem Wohlhabenden ist es möglich sich geeignete Hilfe aus der Grossstadt zu beschaffen oder aus dem Kreiskrankenhause, wenn solches vorhanden ist. J. Schilling berichtet von einem Kreise mit fast 60000 Einwohnern, mit 5 Städten zu 3—6000 Bewohnern und 90 Dörfern, in dem im Ganzen nur 6 geschulte Pflegerinnen vorhanden waren; für die 13 Amtsbezirke des Kreises hält er aber 20 Pflegerinnen zum mindesten für nothwendig. Die vielfachen, den Kranken zu ausserordentlichem Schaden gereichenden Missstände, die sich aus dem numerischen Mangel an Pflegepersonen an kleineren Orten ergeben, werden von ihm in sehr anschaulicher Weise eingehend vorgeführt (vgl. J. Schilling, Die Krankenpflege in kleinen Städten und auf dem Lande. Deutsche Krankenpflege-Ztg. 1898. pag. 58 ff.). Auch er erblickt eine Hauptaufgabe der Landkrankenpflegerin in der volkshygienischen Mission, welche sie unter der un-

wissenden und abergläubischen Landbevölkerung zu erfüllen hat; nach vielfacher Richtung ist sie im Stande dem Landarzt eine werthvolle Stütze und Gehilfin zu werden. Besonderes Gewicht legt er darauf, dass sie Kenntniss der Krankheitsursachen und der Volksseuchen, des Wesens der häufigsten Kinder- und Gewerbekrankheiten, der Wochenbettspflege, der Grundlagen der Ernährung gesunder und kranker Menschen, vor allem der Säuglingsernährung besitzt; die Aufsicht der Landpflegepersonen schlägt er vor einem Geistlichen und einem Arzte gemeinsam zu übertragen. Ohne Frage ist es aus therapeutischen Gründen nothwendig, dem Arzte einen grösseren Einfluss bei der Ausbildung und Ueberwachung der Pflegepersonen auf dem Lande zu geben, als ihm bisher meist zusteht; auch die Feststellung der Thätigkeitsgrenze für das selbstständige Handeln ist genauer Regelung bedürftig, da gerade auf dem Lande der Weizen der „Curpfuscherei“ besonders zu blühen pflegt. Eingehend hat sich über das Verhältniss zwischen Arzt und Pflegepersonen auf dem Lande besonders H. Berger ausgesprochen (vgl. seinen Aufsatz „Arzt und Krankenpfleger auf dem Lande. Deutsche Krankenpflege-Ztg. 1898. pag. 169); er legt den Hauptnachdruck auf eine sorgfältige Auswahl des Personals, eine gewissenhafte Vorbildung und eine Beaufsichtigung durch den Kreisphysikus. Den Werth einer geordneten Landkrankenpflege betonte in treffender Weise auch der Pfarrer Büttner, der mit Recht die zunächst auffallende Thatsache hervorhebt, dass in den verschiedenen Staaten und Provinzen Deutschlands sich vorzugsweise je eine besondere Form der Landkrankenpflege herausgebildet hat; den Grund hierfür sieht er weniger in der Verschiedenartigkeit der Bevölkerung, als vielmehr in dem jeweiligen Vorhandensein oder Mangel von Anstalten, Schwesternschaften und Mutterhäusern. In Preussen stehen an vielen kleinen Orten Johanniterschwestern in der Arbeit der sog. freiwilligen Krankenpflege. Es sind dies keine Lohnpflegerinnen, da der Johanniterorden solche grundsätzlich nicht ausbildet, sondern weibliche Kräfte, welche sich freiwillig der Krankenpflege widmen. In Hannover sind auf dem Lande Pflegerinnen beschäftigt, welche neben dem Berufe einer Näherin, Stickerin oder Weberin die Krankenpflege ausüben, und zwar im Auftrage einer Genossenschaft oder eines confessionellen Vereins, welcher für ihre Ausbildung gesorgt hat und auch ihre Arbeit bezahlt, in dessen Kasse aber auch alle Einnahmen fliessen. Aehnliche Einrichtungen finden sich in der sächsischen Südlausitz, wo allerdings die Pflegerinnen von der Krankenpflege so in Anspruch genommen sind, dass sie zu anderer Arbeit garnicht kommen. In Westfalen hat man sog. „ländliche Pflegehäuser“ errichtet, in denen Sieche und Kranke Aufnahme finden, die von Diakonissen, deren Thätigkeit sich aber zugleich auf die Gemeinde, zuweilen auch auf mehrere Ortschaften erstreckt, versorgt werden. In Süddeutschland, namentlich in Bayern hat man das System der „ländlichen Krankenhäuser“, welche je von einer Gemeinde oder von mehreren Gemeinden zusammen errichtet werden; auch im Königreich Sachsen

finden sich einige solche Anstalten, doch scheinen sie sich für dichter bevölkerte Landstriche, wo Bezirkskrankenhäuser bei bequemen Verkehrsmitteln gut zu erreichen sind, weniger zu empfehlen, auch scheint für solche kleinere ländliche Krankenhäuser die Verwaltung und Anschaffung der erforderlichen technischen Hilfsmittel bei relativ seltener Benutzung zu kostspielig und zu wenig rentabel zu sein (Büttner). Zu berücksichtigen ist bei dieser Form der geordneten Landkrankenpflege auch, dass hier nur den innerhalb des Hospitals befindlichen Kranken die erforderliche persönliche Pflege zu Theil wird, während die anderen Kranken draussen unberücksichtigt bleiben müssen, denn nicht immer wird es sich ermöglichen lassen, alle Kranken der Gemeinde im Spital zu vereinigen. Nach Büttner hat die Durchführung einer regelrechten Gemeindediakonie auch auf dem Lande wesentliche Vortheile vor den vorgenannten Systemen. Diese bisher in Deutschland wie auch anderen Staaten wohl verbreitetste Form der geordneten Krankenpflege, welche durch Diakonissen, die mit dem geistlichen Amte und gleichzeitig mit den Aerzten in enger Fühlung stehen, ausgeübt wird, ist in der letzten Zeit nicht mehr auf die grösseren Städte beschränkt geblieben, sondern ist auch mehr und mehr für kleinere Städte und in jüngster Zeit auch für das platte Land zur Anwendung gelangt. Büttner giebt einen interessanten Bericht über die Einrichtungen im Königreich Sachsen (vgl. Deutsche Krankenpflege-Ztg. 1898. pag. 250), dem zu entnehmen ist, dass dort für jeden Ort, bei dem die Mittel ausreichen, bezw. die Gemeinde genügend gross ist, um eine Gemeindeschwester anzustellen, und Arbeit genug vorhanden ist, um eine solche ausreichend zu beschäftigen, die Einrichtung einer eigenen Gemeindepflege angestrebt wird. Die kleinste Landgemeinde, welche für sich eine Schwester aus dem Dresdner Mutterhause beschäftigt, zählt 2500 Seelen, in einem Falle 10000, in je zwei Fällen 9000 und 8000, in einem Falle 6000, in vier Fällen 5000 und in einem Falle 3000 Seelen. Diese Fälle sind aber die bei weitem selteneren, da Dorfgemeinden nur ausnahmsweise ihre Einwohner nach Tausenden zählen und in Sachsen allein ca. 500 ländliche Gemeinden bestehen, welche weniger als 1000 Einwohner haben, sodass immerhin die Frage offen bleibt: „Was ist zu thun, wenn die Gemeinde allein nicht im Stande ist eine Diakonisse zu beschäftigen?“ Hier schlägt Büttner nun ein besonderes Organisationsprincip vor, nämlich das der „Gemeinde-Diakonie-Verbände“. In erster Linie kommt der Anschluss einer Anzahl von Ortschaften an eine städtische Gemeindediakonie in Betracht; die bisher gemachten Erfahrungen scheinen zu erweisen, dass Dörfer im Umkreise von 1 Stunde Entfernung von der Stadt aus mit versorgt werden können. Diese Art der Ordnung der Landkrankenpflege hat den Vorzug, dass die Dörfer auch der Schwierigkeit überhoben sind, der Pflegerin eine eigene Wohnung zu beschaffen. Bis 1895 war in 24 Fällen so verfahren worden, wodurch 75 Dörfer geordnete personelle Krankenpflege erhielten. Was die Anzahl der in den Verband einbezogenen

Dörfer anlangt, so sind in einem Falle 7, in einem 6, in 3 Fällen 5, in 3 Fällen 4, in 5 Fällen 3, in 7 Fällen 2, in 4 Fällen je eine Dorfgemeinde angeschlossen worden, unter entsprechender Berücksichtigung der Parochialzugehörigkeit. Ist der Anschluss an eine städtische Gemeindediakonie nicht möglich, so bleibt der Weg eines rein ländlichen Gemeindediakonie-Verbandes übrig. Von einem im Centrum des Verbandes gelegenen bestimmten Dorfe aus werden eine Anzahl bequem zu erreichender Gemeinden versorgt; zu berücksichtigen ist, dass die Entfernungen im Allgemeinen wenig mehr als eine Stunde betragen dürfen, oder es muss Bahnverbindung vorhanden sein. Nach Büttner können in einen solchen Verband eine ganz beträchtliche Anzahl Dörfer zusammengeschlossen werden, je nach örtlichen Verhältnissen (bes. auch nach Entfernung und Einwohnerzahl). 1895 bestanden im Königreich Sachsen 9 solcher Verbände, wodurch 44 Dörfer versorgt wurden: 1 Verband mit 13 Dörfern (!), 1 mit 7, 1 mit 6, 2 mit 4, 2 mit 3 und 2 mit je 2 Dörfern; in den letzten 8 Fällen reichte eine Krankenpflegerin aus. In Sachsen sind bis jetzt über 250 ländliche Gemeinden durch Gemeindediakonie-Verbände versorgt worden. Zweifellos hat der hier beschrittene Weg viel für sich und verdient auch anderswo versucht zu werden. Hervorzuheben ist noch, dass Büttner auf die Mitwirkung des Arztes besonderen Werth legt und ihn in der Verfügung über die Pflegerin bezl. der Pflegethätigkeit das entscheidende Wort sprechen lässt; an Kosten berechnet er für jede Schwester etwa 800 bis 900 M., die von den Kirchen-, Gemeinde- und Ortskrankenkassen aufgebracht werden sollen.

Besondere Aufmerksamkeit verdient das System der „Landkrankenpflegerinnen“ im Grossherzogthum Baden. Angesichts der Thatsache, dass es in absehbarer Zeit unmöglich sein würde alle kleinen Städte und Landgemeinden mit voll ausgebildeten Gemeindeschwestern zu besetzen, wurde auf Anregung der Frau Grossherzogin 1885 vom Badischen Frauenverein aus die Beschaffung von „Helferinnen der Landkrankenpflege“ unternommen und damit ein neuer Weg zur Lösung der Fürsorge für die personelle Krankenwartung auf dem Lande beschritten, der sich bewährt hat und zu weiteren ähnlichen Unternehmungen auf diesem Gebiete die Anregung abgab. Da die theoretische Unterweisung dieser Landkrankenpflegerinnen nur 6 bis 8 Wochen, die practische Hospitalthätigkeit nur 2 Monate dauert, so sind diese Personen nicht als vollausgebildete Berufspflegerinnen anzusehen, aber gleichwohl bilden sie eine dem Landarzt sehr schätzenswerthe Hilfstruppe und damit ist dieses System als ein wichtiger Fortschritt in der Vervollkommnung der Landkrankenpflege gekennzeichnet. Um unerwünschter Curpfuscherei durch die Pflegerinnen vorzubeugen, wird ihnen beim Antritt ihrer Stellung zur Pflicht gemacht, von jedem selbstständigen Eingreifen abzustehen und sich auch durch die Kranken nicht bewegen zu lassen, von den Anordnungen des Arztes abzugehen. Der Unterricht ist kostenlos; für Verpflegung wird pro Tag und Schülerin

1 M. gezahlt. Die Verpflegungskosten während des theoretischen Unterrichts trägt gewöhnlich die Kasse des badischen Frauenvereins, die während des practischen Unterrichts haben die Schülerinnen selbst oder ihre Auftraggeber (Gemeinden, Kreisausschuss, Krankenverein etc.) zu tragen. Jährlich werden 1—2 Ausbildungscurse veranstaltet. Von 1885 bis 1896 wurden im Ganzen 120 Personen zu Landkrankenpflegerinnen ausgebildet, von denen 44 aus verschiedenen Gründen austraten, sodass jetzt über 80 Pflegerinnen, vertheilt über fast alle Amtsbezirke Badens, thätig sind. Die Anstellung und Besoldung ist den einzelnen Bezirken überlassen, und geschieht letztere entweder durch ein vertragsmässig festgesetztes Gehalt oder durch Pflegegelder, die sich nach dem Thätigkeitsumfang richten (vgl. das Referat v. Dietrich über diese Einrichtung. Deutsche Krankenpflege-Zeitg. 1898. pag. 88). Eine ähnliche Organisation der Landkrankenpflege ist auf Anregung von Hensgen im Kreise Siegen durchgeführt worden. In Erkenntniss der Thatsache, dass die Krankenpflege auf dem Lande sich nur unter Berücksichtigung der localen Verhältnisse ordnen lässt, und in der Erwägung, dass es nicht möglich ist, das erhebliche nöthige Contingent an Pflegekräften nur den geistlichen Genossenschaften zu entnehmen, hat man dort ebenfalls auf eine vollkommene Durchbildung von Berufspflegepersonen für die Landkrankenpflege Verzicht geleistet und erfolgreich den Nothweg beschritten, Pflegerinnen aus den einzelnen ländlichen Gemeinden zu entnehmen und sie auf Kosten der Frauenvereine ausbilden zu lassen. Hensgen berichtet, dass auch die staatlichen Organe der Arbeiterversicherung die Einrichtung als erspriesslich anerkennen und bereits einen laufenden Beitrag als Unterstützung bewilligt haben, und nimmt an, dass sich selbst schwache und arme Gemeinden betheiligen können, die etwa 300 M. Kosten haben würden, wenn auch die Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Alters- und Invaliditätsanstalten kleine Beträge beisteuern. Für die bleibende Leistungsfähigkeit der Pflegerinnen ist durch eine alle 3 Jahre stattfindende Nachprüfung gesorgt. Die Anstellung der Pflegerinnen erfolgt hier stets durch einen besonderen Vertrag zwischen diesen und dem betr. Ortsvorstand des Vaterländischen Frauenvereins (Näheres hierüber vgl. Hensgen, Organisation der Landkrankenpflege. Zeitschr. f. Krankenpfl. 1898. pag. 219). Die Pflegerinnen tragen eine den Rothen Kreuz-Schwestern ähnliche Tracht und verwalten gleichzeitig die nach Hensgen's Vorschlag eingerichteten „Krankenpflegehilfsstationen" (Materialdepots). Die Ausbildung erfolgt im Augustahospital in Berlin oder einem Krankenhause des Vaterländischen Frauenvereins. Auch von Seiten der geistlichen Genossenschaften hat man sich angesichts der Thatsache, dass es in vielen Gegenden unmöglich ist, die Landkrankenpflege durch Gemeindeschwestern, die den Mutterhäusern entstammen, völlig versehen zu lassen, neuerdings dazu entschlossen, freie Hilfskräfte, die aus den Gemeinden selbst entnommen werden, heranzuziehen, ihnen eine, wenn auch nicht allen Anforderungen, die in den Städten gestellt werden können, gerecht werdende Ausbildung zu vermitteln und sie im

Anschluss an das Pfarramt in der Stellung einer Dorfpflegerin zu bethätigen. Wohl weist die Statistik der Inneren Mission der deutsch-evangelischen Kirche in ganz Deutschland die Existenz von 2595 Gemeindekrankenpflegen nach, wonach 2788 Diakonissen auf 1598 Stationen an der Arbeit stehen, 300 freie Schwestern an 212 Orten, 1432 Helfer und Helferinnen an 222 Orten (im Jahre 1897 wurden 218974 Kranke verpflegt und 2730017 Besuche gemacht!); gleichwohl vertheilen sich diese Pflegen hauptsächlich auf die Städte. Eine besondere Statistik für das platte Land existirt nicht. Daher hat man z. B. in Thüringen in einigen Gemeinden von geistlicher Seite Landpflegerinnen angestellt (vgl. Berbig, Pfarramt und Krankenpflege. Deutsche Krankenpfl.-Zeitg. 1899. pag. 36; Derselbe, Die Mitarbeit des Geistlichen auf dem Lande an der Krankenpflege seiner Gemeinde. Ibidem. 1900. pag. 145), nachdem sich auch dort der Mangel an Diakonissen sehr fühlbar gemacht hat. Berbig sagt (l. c.): „Der Pfarrer auf dem Lande ist in den meisten Fällen die zuerst berufene und zuerst befähigte Persönlichkeit, die Ordnung der Krankenpflege seiner Parochie in die Hand zu nehmen. Hier wirkt lebendige Persönlichkeit mehr als totes Gesetz. Darin besteht auch der Hauptsache nach seine Mitarbeit, nicht aber in medicinischen Rathschlägen oder etwa Vorträgen über die Wassercuren oder über die Maul- und Klauenseuche, oder gar in operativen Eingriffen — das überlasse man füglich ausschliesslich den Aerzten, weil es eben ihr Ressort ist —, sondern in der Anregung, Weiterführung und endlich in der formalen Verwaltung der Einrichtung. Regt der Pfarrer die Hände, dann fällt von selbst der kostspielige Apparat eines vielköpfigen Comités etc. weg. Des Pfarrers Blick muss auch die Persönlichkeit ausfindig machen, die sich eignet, die Krankenpflege practisch auszuführen, wie andererseits seine Hand sich unablässig rühren muss, um die Mittel selbst zu gewinnen und flüssig zu machen, die zur Aufrechterhaltnng der Anstalt erforderlich sind.“ Diesen Auffassungen bezüglich der Mitwirkung der Geistlichen an der Ausgestaltung der personellen Krankenwartung auf dem Lande kann man auch vom ärztlichen Standpunkt aus zustimmen, und die hieraus resultirenden Verhältnisse werden ungefähr ähnliche sein, wie sie Schilling als zweckmässig bezeichnete, so zwar, dass sich sowohl der Arzt als der Geistliche der betr. ländlichen Gemeinde, jeder von seinem Standpunkte und unter Wahrung der fachlichen Thätigkeitsgrenzen an der Ordnung der Landkrankenpflege in nutzbringender Weise betheiligen. Die Ausbildungszeit dieser Landpflegerinnen betrug 2 bis 3 Monate. Auch von katholischer Seite hat man auf Anregung von Kinn (Arenberg) mit Erfolg in den letzten zwei Jahren die Ausbildung von Hilfskräften für die Landkrankenpflege in die Hand genommen. Auch hier handelt es sich nicht um vollendete, berufsmässige Krankenpflegerinnen, sondern um sog. Krankenbesucherinnen und Krankenberatherinnen, welche eine 4—6 wöchentliche theoretische und practische Unterweisung erhalten; in den drei abgehaltenen Cursen wurden bisher 60 Pflegerinnen ausgebildet, gemeldet hatten sich 105 Personen. Der theoretische

Unterricht (14 tägig) findet im Kloster Arenberg, die practische Unterweisung (2—4 wöchig) in einem Krankenhause statt; die Kosten werden durch Sammlungen gedeckt. In Donaueschingen ist das Princip der Selbsthilfe für die Landkrankenpflege in Anwendung gekommen, indem jedes Mitglied der Gemeinde 20 Pfennige pro Kopf und Jahr zahlt; durch hochherzige Spenden wurde bei Begründung des Vereins ein grösserer Fonds zur Verfügung gestellt. Einen ausführlichen Ueberblick über diese von verschiedenen Seiten in Angriff genommenen Fortschritte zur Verbesserung der Krankenwartung auf dem Lande gaben auf der im September 1899 in Breslau abgehaltenen Versammlung des Deutschen Vereins für Armenpflege und Wohlthätigkeit die Referate von Hauser und Düttmann (vgl. auch Schilling, Fortschritte in der Kranken- und Hauspflege auf dem Lande. Deutsche Krankenpfl.-Zeitg. 1900. pag. 49).

Zweifellos ist in diesen Ansätzen zur Beschaffung einer geordneten und ausreichenden personellen Krankenwartung für das platte Land ein wichtiger Fortschritt in der Landkrankenpflege überhaupt zu erblicken und erzielt worden, und somit sind derartige Bestrebungen vom ärztlichen Standpunkte freudig zu begrüssen. Aber das darf keineswegs verschwiegen werden, dass auf diesem Zweige der Krankenpflege noch sehr viel zu thun übrig bleibt. Einerseits reichen die erzielten Erfolge noch keineswegs aus, um dem Bedürfniss der deutschen Landgemeinden zu entsprechen, andererseits darf man nicht vergessen, dass die Heranziehung von Hilfskräften für die Landkrankenpflege, die nicht als vollwerthige Berufspflegepersonen angesehen werden können, doch eben nur einen Nothbehelf darstellt, und dass jedenfalls das vom ärztlichen Standpunkt aus berechtigte Streben, allmählich dahin zu gelangen, in der Krankenpflege nur völlig ausgebildete Pflegepersonen zu bethätigen, nicht an Bedeutung verliert. Es ist zu hoffen, dass man sich in der Zukunft dahin einigen wird, in einheitlicherer Weise als bisher Normen für die Dauer und den Umfang der Ausbildung auch bei den Landpflegepersonen festzulegen.

In den grösseren Städten stellen sich der Fürsorge für eine ausreichende personelle Krankenwartung bei weitem nicht solche Schwierigkeiten entgegen, wie sie als für die Landkrankenpflege maassgeblich oben hervorgehoben wurden. Die grössere Zahl und der grössere Umfang der Krankenanstalten, das vorhandene grössere Material an Berufsaspiranten, die sich aus dem erheblicheren Umfange der Gemeinden ergebende reichlichere pecuniäre Unterstützung, das Vorhandensein zahlreicher Stationen der genossenschaftlichen Organisationen in den Städten vereinigen sich, um die Fürsorge für die personelle Krankenwartung zu erleichtern. Aus diesen Gründen ist auch auf dem Gebiete gerade der Armen- und Gemeindekrankenpflege an den grösseren Orten es möglich gewesen, dem Bedürfniss in befriedigender Weise gerecht zu werden. Nicht nur für die gute Pflege armer Kranker in den öffentlichen Krankenanstalten ist aufs beste gesorgt worden, sondern es ist auch vielerorts den ärmeren Kranken möglich, unter nur mässigem Kostenaufwande,

häufig sogar völlig unentgeltlich den Beistand einer barmherzigen Schwester oder Diakonissin zu erhalten. Für die wohlhabenden Familien ist in den Städten in den letzten Jahren fast ausnahmslos in ausreichender Weise durch die Domicilirung sowohl geistlicher als weltlicher Vereine, welche sich der öffentlichen Krankenpflege innerhalb der Familien widmen, gesorgt worden. Die meisten derartigen Stationen, welche männliche und weibliche Pflegekräfte auf Wunsch in die Familien entsenden, sind mit telephonischem Anschluss versehen, sodass also die Erreichung sachgemässer Pflege in den grösseren Städten keinerlei Schwierigkeiten hat.

Es ist leicht zu begreifen, dass sich die Aufgaben der Pflegepersonen in andersartiger Weise gestalten, wenn es sich darum handelt, die Krankenpflege in bemittelten Familien zu leisten, als in der Armenkrankenpflege, deren Hauptanforderungen bereits kurz beleuchtet worden sind. Im Allgemeinen kann man sagen, dass die Aufgaben der personellen Krankenwartung im ersteren Falle erheblich leichter zu lösen und auch weniger umfangreich sind. Im Hause des Armen geht die Pflege meist in engen Räumen, die sowohl hinsichtlich der Beleuchtung als der Ventilation als der Sauberkeit zu wünschen übrig lassen, vor sich. Es sind fast nirgends irgendwelche Vorkehrungen für die Krankenpflege vorhanden, wenn die Pflegeperson ihre Thätigkeit beginnt. Es handelt sich daher zunächst darum, die Wohnung des Kranken und seine Umgebung so umzugestalten, dass die fundamentalen Erfordernisse der wissenschaftlichen Therapie gewahrt werden. In vielfacher Beziehung wird man sich damit begnügen müssen, die Gestaltung des Krankenraumes und seiner Einrichtung nur einigermaassen so durchzuführen, wie es vom ärztlichen Standpunkt wünschenswerth erscheint. Denn auf Schritt und Tritt macht sich die materielle Beschränkung störend bemerkbar. Immerhin wird es meist einer tüchtigen erfahrenen Pflegeperson gelingen, dem Kranken einen Grad der Behaglichkeit und Bequemlichkeit zu schaffen, der auf den Krankheitsverlauf günstig einwirkt. Schon die Herstellung der für die Krankenbehandlung so wichtigen Ordnung und Sauberkeit in der Umgebung des Kranken, deren Beschaffung ja ohne nennenswerthen Geldaufwand sich bewerkstelligen lässt, ist eine hauptsächlichste Sorge in der Armenkrankenpflege. Häufig genug kommt hier ausser der eigentlichen körperlichen und psychischen Pflege der Kranken aber noch die Sorge um die Aufrechterhaltung und Unterstützung des ganzen Hauswesens hinzu, und sie tritt besonders dort in den Vordergrund, wo die Hausfrau selbst erkrankt ist oder fehlt oder durch ihre Erwerbsthätigkeit in Anspruch genommen wird; ja, schliesslich kann auch die Fürsorge für die unerwachsenen Kinder in der Armenpflege mit auf der Krankenpflegerin Schultern kommen. Dazu soll sie auf die ganze Familie erziehend, aufklärend, veredelnd wirken und den Kranken selbst sachgemäss versorgen. Welche Fülle der Aufgaben, welche Schwierigkeit der Stellung! Schliesslich liegt es auch der Pflegerin ob, eine geeignete Krankenkost und die nöthigsten technischen Hilfsmittel der Krankenpflege in Bereitschaft zu setzen. Man ersieht daraus, dass die private Armen-

krankenpflege nicht nur an die personelle Krankenwartung ganz ausserordentliche Ansprüche stellt, sondern dass sie auch in zufriedenstellender Weise nur von Personen geleistet werden kann, die in allen Specialzweigen des Krankenpflegeberufes gründlich durchgebildet sind und über eine jahrelange Berufserfahrung verfügen.

Ganz anders liegen die Verhältnisse im bemittelten Hausstande. Das grosse Hemmniss materieller Beschränkung fällt hier entweder ganz oder doch zum wesentlichen Theile fort. Die Pflegepersonen finden beim Antritt der Pflegethätigkeit zumeist Wohnräume vor, die den hygienischen Anforderungen besser entsprechen, sowohl was ihre Lage und Grösse als die Beleuchtung, Ventilirbarkeit etc. anlangt. Das Vorhandensein mehrerer Räume gestattet leichter ein geeignetes Zimmer speciell zum Krankenzimmer zu machen und dementsprechend einzurichten. Alle Störungen lassen sich daraus leichter entfernen und fernhalten; alle Vortheile lassen sich besser ausnutzen, als wenn im Ganzen nur eine Stube und Küche oder bestenfalls eine Stube, Kammer und Küche vorhanden ist. Während man zufolge den in den letzten Jahren erreichten ausserordentlichen Fortschritten in der öffentlichen Krankenpflege mit Berechtigung sagen kann, dass der Arme nirgends besser im Krankheitsfalle aufgehoben ist als in einem modernen, mit aller Rücksicht auf des Kranken Bequemlichkeit und Behaglichkeit ausgerüsteten Krankenhause, gilt dies naturgemäss nicht in gleichem Maasse von dem begüterten Privatmanne, dem es möglich ist, sich innerhalb seiner Privatwohnung ein „Krankenhaus im Kleinen, für einen Kranken bestimmt“ einzurichten oder sich einrichten zu lassen. Alles, was den „Comfort des Kranken“ ausmacht und, wie im vorhergehenden Kapitel dieses Werkes eingehend erläutert ist, in seiner Gesammtheit die Erfolge der Krankenbehandlung und Krankenpflege wirksam zu unterstützen vermag, kann ja bei bemittelteren Kranken ohne jede Schwierigkeit herbeigeschafft und in sachkundiger Weise angewendet werden. Ferner kommt die Krankenpflegeperson, wenn es sich um die Privatpflege Wohlhabender handelt, hier weit weniger selten in ungeordnete Familien- und Wirthschaftsverhältnisse hinein, sodass ihr die Uebernahme von ergänzenden und ordnenden Aufgaben, die nicht direct zur Krankenpflege gehören, hier nicht so häufig zufällt, als in der Gemeindekrankenpflege. Und ein ferneres Moment, das auch sehr ins Gewicht fällt, um die Aufgaben der Pflege zu erleichtern, liegt darin, dass es sich hier häufig um Kreise handelt, die über ein höheres Maass allgemeiner Kenntnisse verfügen und eine grössere Einsicht besitzen den Anordnungen und Forderungen gegenüber, welche zum Nutzen des Kranken von Seiten des Arztes und der Pflegeperson geäussert werden. Schliesslich ist auch zu bedenken, dass im wohlhabenderen Haushalt stets ein oder mehrere Dienstboten vorhanden sind, welche durch Uebernahme gewisser Arbeitsgebiete des Haushaltes und durch Ausrichtung von Gängen, Besorgungen, Bestellungen etc. für die Krankenpflege eine Erleichterung bieten. Damit sollen nur die Differenzen gegenüber der Armenkrankenpflege beleuchtet werden, keineswegs aber würde es der Absicht entsprechen, mit diesen Ausführungen

zu behaupten, dass die personelle Krankenwartung nicht auch in begüterten Kreisen eine an sich äusserst schwierige und anspruchsreiche Aufgabe darstellt. Die eigentliche Pflegethätigkeit mit allen ihren Verantwortlichkeiten und Pflichten bleibt ja stets dieselbe. Ja, es lassen sich sogar Fälle denken, in denen gerade wegen der grossen Complicirtheit des Hauswesens die Krankenpflege zu einer besonders schwierigen wird, weil hier an die Uebersichtsfähigkeit und das Dispositionstalent der Pflegerin besondere Anforderungen herantreten; es wird dies besonders bei Erkrankungen der Hausfrau der Fall sein, aber auch, wenn es sich z. B. um ansteckende Erkrankungen handelt, wird die Möglichkeit der Uebertragung und die Schwierigkeit der Desinfection häufig um so grösser sein, um so grössere Ausdehnung das betr. Hauswesen besitzt. Um an Stelle der erkrankten Hausfrau in einem grösseren Haushalte die wirthschaftliche Ordnung gleichzeitig mit der Krankenpflege zu übernehmen, dazu bedarf es naturgemäss ganz besonderer Fähigkeiten seitens der personellen Krankenwartung in Bezug auf Intelligenz und Umgänglichkeit, die sich nicht häufig vorfinden dürften, und zweifellos dann nur bei Personen, die aus wohlhabenderen Kreisen hervorgegangen sind und selbst eine höhere Bildung besitzen. Aber eigentlich überschreiten wir auch mit der Heranziehung derartiger complicirter Aufgaben zur personellen Krankenwartung schon das eigentliche Thätigkeitsgebiet der Krankenpflegepersonen, und es erscheint fraglich, ob es nicht empfehlenswerther ist, in den relativ seltenen Fällen, wo derartig umfassende Aufgaben zu bewältigen sind, eine Arbeitstheilung eintreten zu lassen und einen Theil derselben der berufsmässigen Krankenpflegerin, einen anderen einer eigens hierfür bestellten Vertreterin oder Stütze im Hauswesen zu übertragen. Was die volkshygienische Mission der Krankenpflegepersonen anlangt, so werden sie ohne Frage auch in den begüterten Kreisen häufig genug Gelegenheit haben, dieselbe zu üben und durch sachgemässe Belehrung und Aufklärung zu wirken; denn leider sind gerade die fundamentalsten Kenntnisse aus der privaten Hygiene noch nicht in dem Maasse in die Bevölkerung eingedrungen, wie dies wünschenswerth ist, und so trifft man selbst in den Kreisen der „sog. Gebildeten" nicht selten auf erstaunliche falsche Ansichten, verkehrte Vorstellungen und Vorurtheile, gegen welche Arzt und Pflegepersonen oft einen nicht leichten Kampf führen müssen.

Aus einigen der obigen Ausführungen geht hervor, dass es aus praktischen Gründen von Wichtigkeit ist für das Gebiet der privaten Krankenpflege, soweit sie nicht Armenkrankenpflege ist, bei welcher die Pflegethätigkeit häufig keine ununterbrochene, sondern nur aus einzelnen Besuchen sich zusammensetzende ist, gewisse Thätigkeitsgrenzen festzuhalten, immer unter dem Gesichtspunkt, dass es vortheilhaft ist, den Krankenpflegeberuf als eine gesonderte Lebensaufgabe, eine ärztliche Hilfsthätigkeit aufzufassen. Eine Aufstellung diesbezüglicher Normen ist auch angebracht, um eine Ueberbürdung und Ueberlastung der Krankenpflegepersonen zu vermeiden, welche nach zwiefacher Richtung

sich als schädlich erweisen würde, und zwar erstlich, insofern die Sorgfalt der Pflege und damit der Kranke darunter leiden müsste, wenn der Pflegeperson ein zu grosser Kreis von Pflichten und Aufgaben, bezw. zu grosse Anstrengungen zugemuthet würden, sodann aber auch, insofern eine gewisse Schonung durch Einengung des Arbeitsgebietes auch in Rücksicht auf die Gesunderhaltung der Pflegepersonen selbst geboten ist. Der letztere Punkt gewinnt besonders an Bedeutung, wenn man erwägt, mit wie grossen körperlichen und geistigen Anspannungen, mit wie mannigfachen Mühen und Gefahren die Leistung der Krankenpflege verbunden ist, und wie relativ wenige tüchtige Personen sich bereit finden diese schwierige Thätigkeit andauernd auf sich zu nehmen. Aus diesen Erwägungen heraus wird man nicht nur das Bestreben zu würdigen wissen, die Krankenpflegepersonen mehr und mehr in der Privatpflege von Thätigkeiten zu entlasten, welche nicht eigentlich zur Fürsorge für den Kranken gehören, sondern man wird sogar dahin gelangen, solche Bestrebungen vom ärztlich-therapeutischen Standpunkt aus möglichst zu unterstützen und zu begünstigen. Auf der einen Seite darf man nicht vergessen, dass die Voraussetzungen für die personelle Krankenwartung in den Krankenanstalten ganz andere sind als diejenigen im Privathause; in den Anstalten sind immer eine Anzahl Hilfskräfte zur Hand, welche, zum Theil selbst noch in der Lehrzeit begriffen, immerhin eine Entlastung darstellen, während im Privathause die Pflegeperson mehr auf sich allein angewiesen ist und eine selbstständigere Stellung einnimmt, weshalb sich der Privatpflege gewöhnlich nur Personen widmen, die bereits eine mehrjährige Krankenhausthätigkeit hinter sich haben und über reichere Berufserfahrungen verfügen. Auf der anderen Seite besteht die Thatsache, dass das Publikum, die Verhältnisse nicht richtig beurtheilend, nur zu leicht geneigt ist den Pflegepersonen hinsichtlich der Stellung, der Pflichten und der Honorirung Bedingungen zuzumuthen, gegen welche dieselben in Schutz genommen werden müssen. Im eigenen Interesse der Aerzte liegt es fraglos auch in diesen mehr materiellen Beziehungen die Pflegepersonen zu fördern, sowohl aus den schon angeführten Gründen, als auch deshalb, weil sie sicherlich gehorsamere, eifrigere, freudigere und aufopferndere Gehilfen an den letzteren finden werden, wenn sie die berechtigten Interessen der Pflegepersonen dem Publikum gegenüber wahren. Was zunächst die Stellung im Pflegehause anlangt, so erscheint es unbillig, wenn das Ansinnen geschieht die Krankenpflegepersonen den Dienstboten zu aggregiren, weil ihnen ihre beruflichen Fachkenntnisse eine Sonderstellung zuweisen. Der einzig richtige Gesichtspunkt, unter dem die Krankenpflegepersonen auch dem Publikum gegenüber erscheinen können, ist der von „Gehilfen des Arztes“; damit ist eigentlich ihre Stellung schon ausreichend charakterisirt: als Gehilfen des Arztes haben sie vor allem Diesem Gehorsam zu leisten und participiren in gewissem Grade an der Verantwortlichkeit für die Qualität der Krankenfürsorge, gleichzeitig dürfen sie aber auch eine gewisse Autorität für sich in Anspruch nehmen, die schon im Interesse ge-

eigneter Willfährigkeit des Kranken und seiner Angehörigen bei der Ausführung und Durchführung der nöthigen therapeutischen Maassregeln gewahrt werden muss. Auch die Sicherung dieser nothwendigen Autorität den Angehörigen und noch mehr den Dienstboten gegenüber lässt es als eine unumgängliche Forderung erscheinen, dass die Pflegepersonen gewisse Vorrechte vor dem Hauspersonal geniessen. Mit gutem Grunde wird daher von Seiten mancher Genossenschaften den ihnen entstammenden männlichen und weiblichen Pflegepersonen eine die Pflegebedingungen enthaltende schriftliche Anweisung in die Pflegethätigkeit mitgegeben, in welcher gewisse Normen für das Publikum festgelegt werden, um so einer zu grossen Aus- und Abnutzung derselben vorzubeugen. Dieses Vorgehen ist durchaus zu billigen, und es ist fraglos von Werth sich über die nach dieser Richtung aufzustellenden Gesichtspunkte zu einigen. In den erwähnten Anweisungen finden sich Bestimmungen darüber, dass in der Privatpflege mehr als 2 Nachtwachen hintereinander (bei gleichzeitiger Tagpflege) von derselben Pflegeperson nicht geleistet werden dürfen, ferner darüber, dass den Pflegepersonen ein hinreichendes, kräftiges Essen verabreicht werden soll, dass sie nicht veranlasst werden sollen gemeinschaftlich mit den Dienstboten in der Küche zu speisen, sondern, wenn die Besonderheit der Pflege nicht die ununterbrocheue Anwesenheit im Krankenzimmer nöthig macht, in einem anderen ruhigen Zimmer und zwar allein oder im Anschluss an die Familie des Kranken, ferner darüber, dass sog. „Trinkgelder“ den Pflegepersonen nicht angeboten werden dürfen, darüber, dass nach Uebernahme von Nachtwachen eine genügende Schlafruhe am Tage in einem ruhigen, verschliessbaren Zimmer ermöglicht werde und überhaupt für einige Erholung in freier Luft Sorge zu tragen sei.

In Hinsicht auf eine wünschenswerthe Entlastung der Pflegepersonen von Arbeiten, welche die ihnen angemessene Thätigkeitsgrenze überschreiten, kommt in Frage, dass das Thema „Hausarbeit und Krankenpflege“ auch für die Privatkrankenpflege eine geeignete Erläuterung und Lösung finde. In der Pflege bei wohlhabenden Familien wird es sich empfehlen dafür einzutreten, dass die Pflegepersonen jedenfalls von der Verrichtung gröberer Arbeiten ausserhalb des Krankenzimmers befreit werden, weil solche Thätigkeiten als nicht zur Krankenpflege gehörig bezeichnet werden müssen und ihre Vollziehung durch billigere Hilfskräfte (Dienstpersonal) erfolgen kann. In der Gemeinde-Krankenpflege freilich wird sich dieser Grundsatz nicht immer durchführen lassen, und bisweilen wird es hier nöthig sein, dass die Pflegerin keinerlei Arbeit von der Hand weist; und zwar nicht nur deshalb, weil sie es häufig allein sein muss, die das ganze Hauswesen während des Krankheitsfalles in Bestand und Ordnung erhält, wie dies weiter oben geschildert wurde, sondern auch deshalb, weil sie gerade durch Uebernahme der gröberen Arbeiten auch erziehlich wirken kann. Natürlich wäre die Forderung eine unberechtigte, dass die Pflegepersonen überhaupt von sämmtlichen gröberen Arbeiten (Reinigen des Krankenzimmers,

Besorgung der Krankenwäsche etc.) dispensirt werden sollten; denn in derartigen Arbeiten kann, selbst wenn es sich um gebildete Berufspflegerinnen (Schwestern) handelt, keine erniedrigende und entwürdigende Thätigkeit erblickt werden. Im Gegentheil, gerade die Reinhaltung des Krankenzimmers wie des Kranken gehört mit zu den wichtigsten und unabweislichsten Aufgaben der eigentlichen Krankenpflegethätigkeit und mit Recht wird den Pflegepersonen, welche sich für derartige Verrichtungen zu gut halten, ein anspruchsvolles „Sichbedienenlassen“ zum Vorwurf gemacht. Dass die Aufgaben der körperlichen Krankenpflege, der Krankenbeobachtung, der Berichterstattung an den behandelnden Arzt in der Privatpflege mit gleicher Pünktlichkeit seitens der personellen Krankenwartung erfüllt werden müssen wie in der Hospitalpflege, bedarf kaum der Hervorhebung. Diesen Anforderungen kann meist im Privathause mit noch eingehenderer Sorgfalt nachgekommen werden als im Hospitale, weil die Pflegerin im ersteren Falle nur einen Kranken in Obhut nimmt, auf welchen sie ihre gesammte Aufmerksamkeit und Fürsorge concentriren kann. So wird in der Privatpflege seitens der Krankenwartung noch weit mehr individualisirt werden können, besonders auch in psychischer Beziehung. Dem Temperament, dem Charakter, den Gewohnheiten des Kranken kann in der Privatpflege eingehend Rechnung getragen werden; ein die „Wünsche des Kranken ablauschen und ihnen zuvorkommen“ lässt sich hier noch viel ausgiebiger durchführen. Gerade in der Privatpflege wird den Pflegepersonen neben der mehr technischen Fachbildung auch eine gewisse Allgemeinbildung sehr zu Statten kommen, welche auch ihre Fähigkeit erhöht, sich in die oft so verschiedenartigen Milieus einzufügen, deren Differenz nicht nur durch den wechselnden Grad materiellen Wohlstands, sondern auch durch den Bildungsumfang, Berufsstand, die gesellschaftliche Stellung und Lebensanschauung, sowie den Charakter der in Frage kommenden Personen verursacht wird. Gerade in dieser Verschiedenartigkeit der Umgebung, welcher sich in kluger und taktvoller Weise anzupassen eine unabweisbare Aufgabe für die Privatpflegepersonen darstellt, liegt eine sehr erhebliche Schwierigkeit, und es bedarf in der That einer vielfachen Berufserfahrung auch in der Familienpflege, um nach dieser Richtung stets allen Anforderungen der Stellung gewachsen zu sein. Dass die Pflegepersonen während der Ausübung ihrer beruflichen Thätigkeit sowohl dem Kranken als dessen Angehörigen gegenüber mit ihren persönlichen Wünschen und Anschauungsweisen in Bezug auf die ausserhalb ihres Fachgebietes liegenden Verhältnisse zurückhalten, und es vermeiden, durch deren Hervorkehrung unbequem zu werden, ist erforderlich; ebenso erforderlich aber ist es, dass sie, wohin auch immer der Berufspfad sie führt, sich ihre berechtigten Ansprüche und die ihnen gebührende „Stellung“ zu sichern verstehen. Zweifellos wird das Letztere in wirklich gebildeten Kreisen leichter gelingen, als in Kreisen, welche sich selbst nur zu den gebildeten zählen, ohne in der That hierauf unanfechtbaren Anspruch erheben zu können. In

der Armenkrankenpflege wird stets nach dieser Richtung die gebildetere Pflegeperson in Vortheil sein gegenüber der selbst ungebildeten, da erfahrungsgemäss Angehörige der niederen Stände Personen, die aus denselben Kreisen stammen, häufig den nöthigen Respect verweigern. Nicht etwa nur, um die genossenschaftliche Zusammengehörigkeit äusserlich zu markiren, halten die genossenschaftlichen Organisationen darauf, dass die ihnen entwachsenden Pflegepersonen eine gewisse Uniformirung beibehalten, sondern die besondere „Tracht“ hat hier zugleich den Zweck als eine Art Amtskleid zu wirken und besonders bei der Pflege in unteren Volksschichten zur Wahrung der Stellung, zum Schutz gegen Ungebührlichkeiten und Roheiten beizutragen.

Im Anschluss an die Erörterungen über eine bis zu einem gewissen Grade wünschenswerthe Entlastung der Pflegepersonen kommt noch eine Seite der Berufsthätigkeit in Frage, welcher neuerdings besondere Aufmerksamkeit zugewendet wird. Es unterliegt keiner Discussion, dass zu den wichtigsten Aufgaben der personellen Krankenwartung auch ein Theil der Fürsorge für die Krankenernährung gehört. Während es nach den neueren wissenschaftlichen Anschauungen unzweifelhaft Sache des behandelnden Arztes ist, sich um die qualitative und quantitative Ernährung seiner Kranken selbst aufs Eingehendste zu kümmern und dieselbe gemäss den Ergebnissen der Ernährungstherapie genau zu regeln, fällt der Pflegeperson das wichtige Gebiet der Nahrungsdarreichung zu, durch dessen Beherrschung sie in der Lage ist, die Erreichung der ärztlichen Heilintentionen aufs wirksamste zu unterstützen. Es bedarf an dieser Stelle keiner näheren Begründung dieser Thatsache, und ebenso wenig wäre eine eingehendere Schilderung der Technik der Nahrungsdarreichung, wie sie die zahlreichen Lehrbücher der personellen Krankenwartung enthalten, hier am Platze. Es soll nur betont werden, dass die persönliche kunstgerechte Darreichung der für den Kranken bestimmten Speisen und Getränke einen integrirenden Theil der eigentlichen Pflegethätigkeit darstellt, dessen Einbeziehung in das Wirkungsgebiet der Pflegepersonen füglich als absolut nothwendig angesehen werden muss. Wohl aber kann darüber eine Verschiedenheit der Ansichten herrschen, ob auch die gesammte Zubereitung der Krankenspeisen unbedingt als eine Aufgabe der Krankenpflegepersonen zu betrachten ist. Mannigfache Gründe sprechen dafür, diese Frage zu bejahen. Zunächst erheischt der Umstand Beachtung, dass ja schon aus äusseren Gründen (Mangel an Dienstpersonal und sonstigen Hilfskräften) bei der Pflege in weniger bemittelten Familien die Pflegepersonen häufig gezwungen sind, die Krankenspeisen in geeigneter Form und Qualität für den Kranken selbst heranzuschaffen und vorzubereiten; sodann aber erfordert die Technik der Speisenbereitung für Kranke an sich eine ziemlich erhebliche specielle Erfahrung, und auch die Auswahl der für die Herstellung von Krankenspeisen zweckmässigen Nahrungsmittel unterliegt einer so besonders subtilen Begutachtung, dass auch aus diesen Gründen es geboten erscheint, die Berei-

tung der Krankenkost gleichfalls in die Hände geschulter Berufspflegepersonen zu legen. Bei der Privatpflege in wohlhabenden Familien, wo ein unterstützendes Dienstpersonal leicht zur Hand ist, wird es zum wenigsten nöthig sein, die Pflegerin mit der Ueberwachung der Krankenkostbereitung zu betrauen. Eine geeignete Entlastung der Pflegepersonen auf diesem Gebiete, welche ihnen besonders in der Armenkrankenpflege erwünscht sein dürfte, wird in recht passender Weise in neuester Zeit durch die Einführung und Errichtung öffentlicher Krankenkost-Küchen (zuerst in Berlin) angestrebt, in welchen von geschultem Personal eine bekömmliche, nach ärztlichen Angaben zusammengestellte Krankenkost zubereitet und in mit geeigneten Wärmapparaten versehenen Speisewagen durch Vermittlung bezw. auf Bestellung der Pflegerinnen den Kranken zugeführt wird. Natürlich kommen derartige Einrichtungen nur für grössere Städte in Betracht.

## 9. Specialkrankenpflege.

Das gegenwärtig allerorts in die Erscheinung tretende Emporblühen von Special-Krankenanstalten verschiedenster Art, welches als das am meisten characteristische Moment in dem jetzigen Entwickelungsstadium des Hospitalwesens aufzufassen ist (vgl. v. Leyden, Ueber Specialkrankenhäuser. Arb. a. d. I. med. Klinik zu Berlin. 1891. Bd. II), hat nach mannigfacher Richtung eine Folgewirkung im Sinne einer gewissen Arbeitstheilung veranlasst, welche sich einerseits in einer immer weitergehenden Specialisirung der einzelnen medicinischen Wissengebiete, andererseits in dem Auftreten von Specialärzten aller Art äusserte. Auch auf dem Gebiete der personellen Krankenwartung lassen sich weitgehende Einflüsse verfolgen, welche die wachsende Entfaltung des Sonderhospitalwesens hinsichtlich der Gestaltung des Krankenpflegeberufes hervorgerufen hat. Die nach dieser Richtung auffallendste und bemerkenswertheste Thatsache ist das neuerdings mehr und mehr wahrnehmbare Auftreten von Specialkrankenpflegern und Specialkrankenpflegerinnen, welche sich in der Ausübung ihrer beruflichen Thätigkeit dauernd auf ein einziges Specialgebiet der Krankenwartung beschränken. In ganz ähnlicher Weise, wie die weitgehende Ausbildung der specialistischen ärztlichen Technik in unseren Tagen dazu geführt hat, dass für eine Reihe von bestimmten Krankheitsgruppen sich „Specialärzte" absonderten, macht sich nunmehr eine Theilung in Specialitäten in fortschreitendem Maasse auch in den Reihen des beruflichen Pflegepersonals bemerkbar. Die modernen Specialhospitäler ermöglichen durch ihre Beschränkung auf eine bestimmte Erkrankungsgruppe oder sogar eine bestimmte Erkrankung eine viel detaillirtere und verfeinertere Handhabung der Krankenfürsorge, als die früher fast ausschliesslich vorhandenen, sehr grossen, allgemeinen Krankenhäuser. „Das Beste kann nur geleistet werden in beschränktem und concentrirtem Wesen, wenn alle Einrichtungen gleichsam nach dem einen Ziele streben, die Leistungen der

ärztlichen Kunst und Behandlung auf die höchstmögliche Stufe zu bringen“ (v. Leyden).

In analoger Weise, wie nun das Wissen und Können der Aerzte dieser Specialkrankenanstalten aufs Wirksamste dadurch gefördert wurde, dass ihre gesammte Aufmerksamkeit sich während einer jahrelangen Zeitdauer in concentrirtem und verschärftem Maasse auf die speciellen und eigenartigen Bedürfnisse einer besonderen Gruppe von Kranken richtete, so musste auch die besondere Tüchtigkeit und Leistungsfähigkeit des Pflegepersonals, dessen Obhut die Wartung der betreffenden Kranken anvertraut war, mit der Zeit in diesen Anstalten eine höhere und gerade auf die Bedürfnisse von Kranken der bestimmten Categorie in besonderem Maasse zugeschnittene werden. Geben nun solche Krankenpflegepersonen, welche jahrelang in Specialkrankenhäusern, wie z. B. in Volksheilstätten für Lungenkranke, in Anstalten für Nerven- oder Geisteskranke, Kinderkrankenhäusern Krankenpflege ausgeübt haben, ihre Anstaltsthätigkeit auf, um den Krankenpflegeberuf hinfort selbstständig als sog. Privatkrankenpfleger und Privatkrankenpflegerinnen fortzusetzen, so geschieht es neuerdings häufiger, dass sie ihre Specialität auch fürderhin beibehalten und sich „Specialkrankenpfleger (-gerin) für Lungenkranke, Nervenkranke, kranke Kinder, Wöchnerinnen etc.“ nennen. Es ist hierdurch in ganz ähnlicher Weise, wie dies bei den Specialärzten der Fall war, auch für das Krankenpflegepersonal eine ganz neue Berufsgruppe von ärztlichen Hilfspersonen, die Specialkrankenpfleger, ins Leben getreten, und es hat den Anschein, als ob in Zukunft bei der immer weiter fortschreitenden, sich über das ganze Land hin erstreckenden Gründung von Specialkrankenanstalten jeder Art dieses neue Moment in der Weiterentwickelung des Krankenpflegeberufes eine bedeutendere und umfangreichere Rolle zu spielen bestimmt sei.

Eine fortschreitende Specialisirung in der personellen Krankenwartung lässt sich jedoch noch nach einer anderen Richtung hin beobachten, als sie in den bisherigen Erörterungen berührt wurde. Während nämlich bei den bisher erwähnten Specialpflegern und Specialpflegerinnen die Trennung in Sondergebiete der Pflegethätigkeit mehr nach „pathologischen“, den verschiedenartigen Gruppen von Erkrankungen und Kranken entsprechenden Gesichtspunkten erfolgte, ist daneben auch noch in grösserem Umfange eine Spaltung der beruflichen Krankenpflegethätigkeit nach vorwiegend „therapeutischer“, sich mehr auf Theilgebiete der Dienstleistung und Technik beziehender Richtung, deutlich erkennbar. Hierbei kommt also nicht die Beschränkung auf die Abwartung und Pflege einer bestimmten Gruppe von Kranken, welche an gleichartigen Erkrankungen leiden, in Frage, sondern es handelt sich, ohne Rücksicht auf die im Einzelfall vorliegende Erkrankung, um die dauernde Beschränkung der Krankenpflegeperson auf bestimmte, begrenzte technische Methoden der Krankenpflege. In diese Kategorie würden alle diejenigen Specialpfleger (-gerinnen) zu rechnen sein, welche dauernd einzig und allein nur Massage oder kalte Abreibungen, Schmiercuren, Badepflege,

kleine Chirurgie (Heilgehilfen) auf Anordnung und unter Leitung des die Gesammtkrankenbehandlung leitenden Arztes ausüben und diese Specialfächer der Krankenwartung meist als einen selbstständigen Beruf betreiben. Man geht wohl kaum fehl, wenn man das sich in stets wachsender Ausbreitung zeigende Auftreten dieser Gruppe von Specialpflegepersonen in Beziehung bringt zu einem ferneren wichtigen und bedeutungsreichen Moment in dem Entwickelungsgange des modernen Specialkrankenhauswesens. Auch die Entfaltung und das Emporblühen der Specialkrankenanstalten bewegt sich heute in unverkennbarer Strömung nach zwei verschiedenen Richtungen hin. Die Specialhospitäler der Gegenwart, welche in ihrer Gesammtheit mehr und mehr dazu bestimmt erscheinen, die grossen allgemeinen Krankenhäuser zu ersetzen (v. Leyden), haben sich nicht nur durch Zusammenfassung einer grösseren Anzahl in gleichartiger Weise Erkrankter unter einem Dache gebildet, sondern insbesondere in letzter Zeit auch zum Zwecke der hauptsächlichen Ausführung und Ausgestaltung bestimmter, jetzt in erhöhtem Maasse zur Anwendung gelangender therapeutischer Methoden. Die besonderen Krankenanstalten für physikalisch-diätetische Behandlung, für Massage, Bäderbehandlung, Heilgymnastik, mechanische Behandlung etc. mehren sich von Tag zu Tag, und es scheint, dass die therapeutische Richtung, welche gegenwärtig in der wissenschaftlichen Medicin mehr in den Vordergrund tritt (vgl. v. Leyden: Ueber Strömungen in der inneren Medicin. Deutsche med. Wochenschr. 1897. No. 25), in der Zukunft noch eine reichere Entfaltung derartiger Anstalten zeitigen wird. Es ist nun in keiner Weise zweifelhaft, dass das gehäufte Auftreten von Specialpflegepersonen, welche sich auf ein bestimmtes technisches Theilgebiet der Krankenwartung beschränken (Masseure, Heilgehilfen, Badepfleger etc.) auf die in stetem Fortschreiten begriffene Vermehrung derartiger Special-Behandlungsinstitute zurückzuführen ist. Der grösste Theil dieser Specialpflegepersonen setzt sich dementsprechend aus Personen zusammen, welche eine Zeit lang in Kaltwasserheilanstalten, Massage-Instituten, medico-mechanischen Anstalten, chirurgischen Polikliniken als Pfleger oder Pflegerinnen thätig gewesen sind, sich dann der Privatkrankenpflege zugewendet und sich je nach individueller Neigung und individuellen Kenntnissen diese oder jene Pflege-Specialität als dauernden Lebensberuf ausgewählt haben.

Die Wahrnehmung einer derartigen umfangreichen Specialisirung auf dem Gebiete der personellen Krankenwartung legt nun die Frage nahe, ob diese Erscheinung im Interesse einer guten Krankenfürsorge vom ärztlich-therapeutischen Standpunkte als eine erwünschte aufzufassen ist, und wie sich die ärztlichen Anforderungen, welche heutzutage aus wissenschaftlichen Gründen an die Qualität der Pflegepersonen gestellt werden müssen, dem Auftreten so zahlreicher Specialitäten im Krankenpflegeberufe gegenüber geltend machen können. An und für sich lässt sich gegen die Existenz und die weitere Vermehrung der Specialpflegepersonen verschiedenster Art kaum etwas einwenden, da man es

von vornherein Niemandem verargen kann, wenn er sich die Grenzen seines Thätigkeitsgebietes beliebig weit steckt. In der That ist es auch für das Gebiet der personellen Krankenpflege, was die Güte der beruflichen Leistungsfähigkeit anlangt, einleuchtend, dass Jemand, der lange Zeit hindurch die Ausübung seiner ganzen Berufsthätigkeit und die Hauptsumme seines Fleisses und seiner Aufmerksamkeit auf ein bestimmtes, eng begrenztes Arbeitsgebiet concentrirt, alsdann in besonderem Grade in der Lage sein wird dieses Gebiet eingehend zu beherrschen und sich eine immer grössere und verfeinertere Sachkenntniss in ihm anzueignen. Hingegen erscheint es andererseits von Wichtigkeit auch in Bezug auf die Vorbildung der Specialpflegepersonen für ihren Beruf ähnliche Anforderungen zu erheben, wie es heutzutage hinsichtlich der Specialärzte der Fall ist. Ebenso wie es für die Berechtigung zur Ausübung einer medicinischen Specialthätigkeit nicht als genügend erachtet werden könnte, wenn Jemand sich während seines Studienganges ganz ausschliesslich mit einer einzigen Specialdisciplin der wissenschaftlichen Medicin beschäftigte, es vielmehr als unerlässlich angesehen wird, dass zuvörderst ein allseitig geregelter und abgerundeter medicinischer Bildungsgang auf der Universität unter Absolvirung des staatlichen Examens zurückgelegt wird, dem dann erst noch eine möglichst langdauernde practische Specialausbildung an geeigneten Hospitälern und Kliniken zu folgen hat, so darf man mit Berechtigung auch das Verlangen aussprechen, dass dahin gestrebt werde auch auf dem Gebiete der personellen Krankenwartung Einrichtungen zu schaffen, welche in allgemeingültiger Weise eine geordnetere und bessere Berufsbildung für die ausübenden Krankenpflegepersonen, insbesondere auch für die Specialkrankenpfleger, gewährleisten.

In einer alle ärztlichen Anforderungen voll befriedigenden Weise wird sich dieses Ziel einer einheitlichen, geordneten Ausbildung der ärztlichen Hilfspersonen nur auf der Grundlage gesetzlicher Normen erreichen lassen. Die hauptsächlichste und wichtigste Aufgabe, welche nach dieser Richtung hin in Frage kommt, ist die Einführung eines staatlichen Befähigungsnachweises für alle Personen, welche Krankenpflege berufsmässig ausüben (vgl. E. Dietrich, Der Werth eines staatl. Befähigungsnachweises für alle Krankenpflegepersonen. Deutsche Krankenpfl.-Ztg. 1898. pag. 281 ff.). Das Bedürfniss nach einem solchen Befähigungsnachweise wird in den Fachkreisen heute allgemein anerkannt, und seine Durchführung bietet fraglos die beste Aussicht zu einer vollkommeneren und gleichartigeren Gestaltung der personellen Krankenwartung. Der hierin liegende Fortschritt würde auch für die in den vorstehenden Erörterungen berührte Frage einer wünschenswerthen Regelung der Specialkrankenpflege von erheblicher Bedeutung sein. Denn, wenn alle Personen, welche berufsmässig Krankenpflege ausüben, in Zukunft zur Erbringung eines staatlichen Prüfungszeugnisses verpflichtet werden sollen, so liegt es auf der Hand, dass eine solche Bestimmung sich nicht nur auf diejenigen Krankenpflegepersonen erstrecken würde, welche an öffent-

lichen Krankenanstalten oder privatim allgemeine Krankenpflege ausüben, sondern auch auf diejenigen Pfleger und Pflegerinnen, welche sich auf einen bestimmten Specialzweig der Krankenwartung beschränken. Die Specialisten auf dem Gebiete der Krankenpflege bedürfen einer ebenso gründlichen Ausbildung und Vorbildung wie die allgemeinen Krankenpfleger; ja, man wird sogar mit Berechtigung fordern dürfen, dass die Ansprüche an sie eher nach der einen oder der anderen Richtung noch höhere sein müssen, als die Anforderungen, die zur Ausübung der Krankenpflege überhaupt als unerlässlich zu erachten sein werden. Man wird nicht vergessen dürfen, dass alle Specialpfleger doch immerhin Krankenpfleger sind und erst in zweiter Linie Specialisten. Eine solche Auffassung der Sachlage erscheint nothwendig, wenn man den Krankenpflegeberuf in seiner Gesammtheit auf einer hohen und würdigen Stufe erhalten und seine gesunde Weiterentwickelung fördern will. Jede männliche oder weibliche Person, welche auf Aufforderung und unter Leitung des ihr vertrauenden Arztes die Obhut, Abwartung und Pflege des Kranken, sowie die Ausführung irgendwelcher ärztlicher Anordnungen am Körper des Kranken übernimmt, muss sich stets in gleicher Weise aller Verantwortlichkeiten bewusst sein, welche mit der Ausübung des Pflegeberufes untrennbar verbunden sind. Auch wenn sie dauernd sich nur auf ein bestimmtes specielles Gebiet der Pflegethätigkeit beschränkt, wie z. B. auf die Wochenpflege oder die Pflege Nervöser, oder die Massage etc., so muss sie doch in jedem Falle in gleicher Weise aufs Genaueste die Pflichten kennen, welche bei jeder Art von Pflegethätigkeit ihr sowohl dem Kranken als auch dem Arzte, sowie den Angehörigen des Kranken, der Aussenwelt, den Berufsgenossen, eventuell der Oberin oder dem Oberpfleger gegenüber erwachsen. Jeder Specialkrankenpfleger muss genau wissen, wie man mit kranken Menschen im Allgemeinen umzugehen hat, er muss die besonderen Bedürfnisse kranker Personen eingehend kennen und zu würdigen wissen, er muss Kranke richtig anzufassen und zu lagern verstehen, muss seine Gespräche mit ihnen tactvoll so einzurichten verstehen, wie es für den psychischen Zustand des Kranken erforderlich und wünschenswerth ist, er muss nicht nur die somatischen Verhältnisse überhaupt am Kranken, sondern auch dessen Mienen geschickt zu beobachten verstehen — kurz, er muss die eigentliche Kunst der Krankenpflege beherrschen und nicht nur die Specialtechnik, deren alleinige Kenntniss ihn ausschliesslich zu einer handwerksmässigen, mehr maschinellen Berufsausübung befähigen würde. Die Kenntniss der verhältnissmässig wenigen sondertechnischen Hand- und Kunstgriffe des betreffenden Specialzweiges der Krankenwartung tritt an Wichtigkeit und Bedeutung erheblich zurück gegenüber den Kenntnissen in der allgemeinen Krankenpflege, welche für die ärztlichen Hilfspersonen in jedem Falle erforderlich sind. Diese werden nur dann in vollem Maasse tüchtig und leistungsfähig sein, wenn sie auch als Specialpfleger stets überhaupt gute Krankenpfleger sind (vgl. P. Jacobsohn, Ueber Specialkrankenpflege. Berl. klin. Wochenschr. 1898. No. 28).

Aus den bisherigen Erörterungen ergiebt sich die Folgerung, dass es wünschenswerth ist, überall dort, wo überhaupt in den Specialkrankenanstalten eine Ausbildung von Pflegepersonen stattfindet, dieselbe insofern möglichst einheitlich zu gestalten, als auf den Unterricht in der allgemeinen Krankenpflege neben der specialtechnischen Ausbildung ein erhebliches Gewicht gelegt wird. Es gilt dies sowohl für die Anstalten für Lungenkranke, wie für die Irrenanstalten, die Nervenheilanstalten, die Kaltwasserheilanstalten etc. In den meisten Specialhospitälern findet ein geordneter Unterricht für das Pflegepersonal überhaupt noch nicht statt, sondern die Erlernung der Krankenpflege ist hier fast ausschliesslich eine mehr zufällige. Erst in den letzten Jahren beginnt man in den Specialanstalten für Geisteskranke und auch in den Heilstätten für Lungenkranke durch geordneten Unterricht sich ein geschultes Pflegepersonal selbst heranzubilden. Ohne Zweifel eignen sich beide Kategorien von Specialkrankenanstalten zur Ausbildung von Pflegepersonen im Allgemeinen weniger gut als die grösseren allgemeinen Krankenhäuser, weil in diesen eine viel umfassendere und mannigfältigere Gelegenheit vorhanden ist, sich sowohl in der allgemeinen Krankenpflege, als auch in den verschiedenen Specialgebieten der Pflegethätigkeit practisch zu schulen, welcher Zweck leicht durch einen in geeigneter Reihenfolge stattfindenden Wechsel auf den verschiedenen Krankenhausabtheilungen erreicht werden kann. Immerhin ist es auch mit Rücksicht darauf, dass überhaupt zur Zeit noch an geeigneten Ausbildungsstätten für Krankenpflegepersonen ein gewisser Mangel herrscht, durchaus zu billigen, wenn auch seitens der grösseren Specialhospitäler die Ausbildung von geschultem Pflegepersonal in die Hand genommen wird. Allerdings sind viele Specialkrankenanstalten schon durch den Umstand weniger hierzu geeignet, weil es in ihnen häufig überhaupt an der Gelegenheit fehlt, gerade die Pflege Schwerkranker, welche für die berufliche Ausübung der Krankenpflege am wichtigsten ist, practisch eingehend kennen zu lernen. Verhältnissmässig günstig liegen die Verhältnisse noch in den grossen öffentlichen Anstalten für Geisteskranke, in welchen eher die Möglichkeit gegeben ist, auch die Pflege und Wartung schwerkranker Personen zu üben, als etwa in den Volksheilstätten für Lungenkranke, welche ja in erster Linie für Kranke im frühesten Stadium der Erkrankung, also für Leichtkranke, bestimmt sind. Anders natürlich liegt die Sache in den grösseren Privat-Lungenheilanstalten, welche Kranke in allen Phasen des Krankheitsverlaufes aufnehmen. Jedenfalls aber wird man daran festhalten müssen, überall die Ausbildung möglichst umfassend und einheitlich zu gestalten. Die Nothwendigkeit solchen Vorgehens ergiebt sich, abgesehen von den obigen Ausführungen, auch daraus, dass die betreffenden Anstalten ja das Pflegepersonal, das sie heranbilden, zunächst längere Zeit hindurch für das eigene Haus verwenden wollen; sie haben somit auch selbst ein intensives Interesse daran, über ein möglichst gründlich geschultes Personal zu verfügen. Es ist hierbei besonders zu berücksichtigen, dass gelegentlich in allen Specialanstalten,

wenn auch, wie gesagt, erheblich seltener als in den allgemeinen Krankenhäusern, auch schwerere accidentelle Erkrankungen und plötzliche Verschlimmerungen des Zustandes vorkommen, welche eine sehr sorgfältige und eingehende Wartung erheischen.

Sodann aber ist auch zu bedenken, dass die meisten Pflegepersonen, selbst, wenn sie sich gut für die dauernde Ausübung der Krankenwartung eignen, doch nicht für immer in den betreffenden Anstalten bleiben, sondern gewöhnlich nach Verlauf einiger Jahre die Anstalt verlassen und einen anderen Wirkungskreis aufsuchen, sei es, dass sie sich fortan der Privatkrankenpflege oder der Gemeindekrankenpflege zuwenden. Der Grund hierfür liegt in erster Linie in der den Körper angreifenden Schwere des dauernden Anstaltsdienstes. Ein grosser Theil der Irrenärzte, welche sich eingehender mit der Frage der Gewinnung eines besseren Pflegepersonals für die Anstalten für Geisteskranke beschäftigt haben, nimmt an, dass die Pflegepersonen in der Mehrzahl der Fälle schon nach 5—6 Jahren den Höhepunkt der Leistungsfähigkeit überschritten haben. F. Zimmer (vgl. „Krankenhaus u. Diakonie". Deutsche Krankenpfl.-Ztg. 1898. No. 3) spricht sich über diesen bemerkenswerthen Punkt mit folgenden treffenden Worten aus: „Man braucht nur ein wenig Psychologe zu sein, um sich zu sagen, dass die Krankenpflege in einem grösseren Krankenhause auf viele Jahre nicht auszuhalten ist. Die Aerzte beginnen ihre Visite des Morgens etwa um 8 Uhr; bis dahin muss im Hause Alles geordnet sein, also müssen die Pflegepersonen um 5, spätestens um 6 Uhr ihre Arbeit beginnen oder wenigstens dann sich zurecht machen. Wie Sauberkeit, so ist auch Ordnung ein wesentliches Lebensbedürfniss der Krankenhäuser; es muss Alles in strengster Pünktlichkeit gehen; der Dienst ist militärisch. Aber dieses Rädergetriebe, wie es von früh bis spät in einem solchen Hause in Bewegung ist, greift diejenigen, die in diesem Getriebe mitten drin stehen, denn doch erheblich an. Wie kein Arzt lebenslang Assistenzarzt an einem solchen Krankenhause sein möchte, so hält auch der Pfleger die Thätigkeit in demselben weder körperlich noch geistig auf die Dauer aus". Die practische Erfahrung in den Krankenhäusern steht mit den hier citirten Worten im besten Einklange, sodass auch hiernach gefolgert werden muss, dass es nicht richtig sein würde, wenn man in den Specialkrankenanstalten nicht darauf Bedacht nähme, die Pflegepersonen möglichst allseitig auszubilden; denn man würde sie sonst ja für ihre ganze Zukunft auf ein nur enges Specialgebiet beschränken und dadurch ihre spätere Verwendbarkeit für die Privat- oder Gemeindekrankenpflege einengen.

Die hier niedergelegten Ausführungen über das Verhältniss der Specialpflegepersonen zu den Krankenpflegern und Krankenpflegerinnen schlechthin, wie sie fast ausschliesslich aus den Ausbildungsschulen der verschiedenen genossenschaftlichen Krankenpflege-Organisationen hervorgehen, und insbesondere die Anschauungen über die Zweckmässigkeit einer umfassenderen und einheitlicheren Durchbildung der ärztlichen Hilfspersonen auch in den Specialanstalten, die sich an meine früheren Arbeiten über

diese Fragen anlehnen, haben inzwischen von verschiedenen Seiten Unterstützung erfahren. So z. B. empfiehlt G. Liebe, der sich mit der Frage des Pflegepersonals für die modernen Volksheilstätten für Lungenkranke eingehend beschäftigt hat (vgl. seine Arbeiten hierüber im Jahrg. 1898 der Deutsch. Krankenpfl.-Ztg. und das Capitel „Fürsorge für Lungenkranke“ in Bd. I. dieses Handbuches), der Unterweisung in den speciell für Lungenkranke in Betracht kommenden Pflegemaassnahmen eine Belehrung über Krankenpflege im Allgemeinen, Umgang mit Kranken, den Ton eines Krankenhauses etc. voranzuschicken. Bezüglich der Anstalten für Geisteskranke tritt insbesondere K. Alt, der für die Vervollkommnung speciell des Irrenpflegepersonals in vielfacher Hinsicht mit ausgezeichnetem Eifer und Erfolge gewirkt hat, sowie L. Scholz dafür ein, dass neben der speciellen Irrenpflege auch die allgemeine Krankenpflege bei der Ausbildung der Pfleger und Pflegerinnen zu ihrem Rechte komme, und den gleichen Standpunkt nimmt bezüglich der Wochenpflege H. Walther ein, während Andere z. B. Falkenberg es nicht für erforderlich ansehen, dass in den Anstalten für Geisteskranke das Pflegepersonal zu wirklichen vollkommenen Krankenpflegepersonen herangebildet wird. Nach unserer Auffassung verfolgen diejenigen Krankenpflege-Genossenschaften den richtigsten und aussichtsreichsten Weg, welche es sich angelegen sein lassen, durch systematisch geordnete, umfassende Schulung in allen Specialzweigen ihre Zöglinge so allseitig wie möglich auszubilden und damit auch in vielseitiger Weise verwendbar zu machen; freilich ist dies eben bei der Ausbildung in Specialkrankenanstalten oftmals nicht möglich, und es liegt auch hierin ein nicht zu übersehender Grund dafür, dass die Angehörigen der genossenschaftlichen Verbände, denen meist grössere allgemeine Krankenanstalten zur Verfügung stehen, zumeist eine gründlichere Schulung aufweisen als die freien Pflegepersonen, welche gegenwärtig die Hauptmasse des Hilfspersonals in den Specialanstalten bilden.

### 10. Berufsmässige und nicht-berufsmässige Krankenpflege.

In den bisherigen Auseinandersetzungen wurde ausschliesslich eine Erörterung vom ärztlich-therapeutischen Standpunkt über diejenigen Fragen vorgeführt, welche sich auf die zweckmässige Gestaltung und Regelung der berufsmässigen personellen Krankenwartung beziehen, indem dabei in erster Linie der modernen therapeutischen Forderung Rechnung getragen wurde, welche in der Theorie für jeden Kranken, zum Mindesten aber für jeden Schwerkranken die Heranziehung sachkundiger und geschulter Pflegepersonen zur Unterstützung der ärztlichen Heilbestrebungen fordert. Es ist indessen bereits in den vorliegenden Betrachtungen wiederholt darauf hingewiesen worden, dass aus äusseren Gründen die vollkommene Erfüllung dieser idealen therapeutischen Forderung bei weitem nicht in allen Erkrankungsfällen practisch durchgeführt werden kann, und man sich bei dem Bestreben, nicht nur die materielle,

sondern auch die personelle Umgebung des Kranken dem Regime der wissenschaftlich geregelten Krankenpflege zu adaptiren, häufig zu Compromissen gezwungen sieht, welche durch Schwierigkeiten mannigfacher Art bedingt sind. Obenan unter diesen Schwierigkeiten steht, wie bereits berührt wurde, der immer noch vorhandene numerische Mangel an vollausgebildeten Pflegepersonen beiderlei Geschlechts, auf dessen Ursachen hier noch etwas näher eingegangen werden muss. Trotz der umfassenden Agitation der genossenschaftlichen Organisationen durch zahlreiche Zeitungs-Aufrufe melden sich gegenwärtig doch nur verhältnissmässig wenige Personen bei den Oberleitungen, um die Vorbereitung für den Krankenpflegeberuf zu beginnen. Sowohl seitens vieler Diakonissen-Anstalten, als auch seitens mancher Roth-Kreuz-Mutterhäuser, ebenso seitens der Diakonen-Anstalten ist wiederholt darüber Klage geführt worden, dass die Bevölkerung ein auffallend geringes Kontigent an Aspiranten für die genossenschaftliche Krankenpflege liefert. Es handelt sich hierbei also nicht etwa darum, dass sich unter den sich für den Krankenpflegeberuf Meldenden zu wenige für seine Ausübung gut geeignete Personen befinden, sondern darum, dass die Zahl der sich diesem Berufe Zuwendenden überhaupt eine verhältnissmässig sehr geringe ist, eine viel geringere, als man a priori nach der Bevölkerungsziffer und nach dem Vergleiche mit anderen Berufsarten erwarten sollte. Zweifellos liegt es besonders nahe, diese Erscheinung aus den inneren Eigenthümlichkeiten des Krankenpflegeberufes heraus erklären zu wollen und anzunehmen, dass die Eigenartigkeit der Bethätigung, der dauernde Verkehr mit Kranken, der häufige Anblick körperlicher wie seelischer Leiden, die Verantwortlichkeit der Stellung, die Strapazen des Pflegedienstes, die Nothwendigkeit auch gröberer und unsauberer Arbeiten, die Gefahr einer Ansteckung auf viele Naturen, deren Aufopferungsfähigkeit eine begrenzte ist, abschreckend einwirken. Diese Annahme hat sicherlich auch eine gewisse Berechtigung. Ungleichmässige, nervöse, leichtlebige, egoistische Personen sind, wie erwähnt, direct ungeeignet und unerwünscht für den Pflegeberuf, weil sie vermöge ihrer unpassenden Charaktereigenschaften selbst bei langdauerndem Fachunterricht doch niemals ihre Thätigkeit in einer den ärztlichen Anforderungen hinreichend entsprechenden Weise versehen werden. Andererseits ist aber, wie die tägliche Erfahrung lehrt, die Zahl der ernsten, aufopfernden, ihre Aufgabe mit unerschütterlicher Treue und Hingebung, die sie alle Schwierigkeiten überwinden lässt, erfüllenden Menschen nicht gar so gross; bei den Meisten tritt vielmehr, in der Gegenwart sogar in steigendem Maasse, die Neigung sich persönliche Annehmlichkeiten und Genüsse zu verschaffen, viel zu sehr in den Vordergrund, als dass ihnen allein das Bewusstsein treu erfüllter Pflichten hinreichende Beglückung und Befriedigung gewährte. Bei vielen Menschen kann man als einen charakteristischen Zug feststellen, dass sie danach streben, die Summe der ihnen erreichbaren äusseren Annehmlichkeiten möglichst zu erhöhen, dagegen die an sie gestellten Ansprüche hinsichtlich anstrengender und mühevoller Arbeitsleistung

möglichst zu reduciren. Da aber gerade der Krankenpflegeberuf sowohl in ethischer wie auch physischer Beziehung erhebliche Anforderungen stellt und obenein weniger die Gewinnung äusserer Vortheile und Genüsse als vielmehr innere Befriedigung und Genugthuung als Lohn in Aussicht stellt, so kann schon in diesen Verhältnissen mit Recht ein wichtiger Grund für die auffallend geringe Aspiranz zu diesem Arbeitsfelde erblickt werden. Jedoch auch viele ernstere und pflichtbewusste Naturen werden durch die besondere Eigenart der Pflegethätigkeit von ihr ferngehalten und anderen Thätigkeitsgebieten zugeführt, welche zwar ebenfalls erheblichere Ansprüche in Bezug auf Pflichttreue, Verantwortlichkeit, körperliche und geistige Anstrengungen stellen, aber sich doch gerade in den hier in erster Linie in Betracht kommenden Punkten sehr wesentlich von dem Pflegeberufe unterscheiden. Die Pflegerin wird am häufigsten mit der Lehrerin verglichen, und zweifellos hat dieser Vergleich hinsichtlich der Autoritativität und Verantwortlichkeit der Stellung seine Berechtigung. Andere häufig ergriffene Berufsarten erfordern wiederum so erhebliche körperliche Anstrengungen, dass auch in dieser Seite des Krankenpflegeberufes nicht der eigentliche und hauptsächlichste Grund für die geringe Vorliebe für ihn gefunden werden kann. Man erinnere sich nur daran, dass speciell viele gleichfalls vorzugsweise von weiblichen Personen vertretene Thätigkeiten mit der häufigen Zurücklegung weiter Wege, mit andauerndem Stehen, mit andauernden gesundheitlich schädlichen Körperhaltungen, einförmigen das Nervensystem angreifenden Bewegungen, kurz körperlich anstrengender Arbeit aller Art verknüpft sind, und doch verschwindet die Klage über Ueberfüllung der meisten sog. Frauenberufe nicht von der Tagesordnung. Dazu erwäge man andererseits, dass der Krankenpflegeberuf heutzutage auch nicht mehr in dem Grade, wie in früheren Zeiten, eigentliche Strapazen verlangt. In erster Linie kämen hierbei noch die gefürchteten „Nachtwachen“ in Frage; doch gelingt es durch Anwendung geeigneter Vorsichtsmaassregeln inbezug auf hinreichende und zweckmässige Ernährung während derartiger Thätigkeit und genügende Erfrischung, Erholung und Ruhe nach derselben, wie überhaupt durch eine rationelle Einrichtung des Nachtpflegedienstes körperliche Ueberanstrengungen und gesundheitliche Schädigungen der Pflegepersonen, die dieser Ursache entstammen, auszuschliessen. Auch die „gröberen Hausarbeiten“ können nicht als hervorragendes Abschreckungsmoment wirksam sein; erstens werden ja in neuerer Zeit die Krankenpflegepersonen schon an vielen Orten von jenem Theile der Hausarbeit, der nicht untrennbar mit den wesentlichsten Aufgaben der Pflege selbst verbunden ist, und der auch durch billigere und ungebildetere Hilfskräfte bezw. Dienstboten besorgt werden kann, möglichst entlastet; sodann aber ist mit vollem Recht hervorgehoben worden (Zimmer), dass die Hausarbeit sogar gesundheitlich vortheilhaft zu wirken vermag, indem sie den Pflegepersonen, die oft gezwungen sind sich längere Zeit hindurch in der Luft der Krankenräume ohne ausgiebige Bewegung aufzuhalten, erwünschte Gelegenheit bietet „sich körperlich auszuarbeiten“. Ein weit wichtigerer

ätiologischer Factor für die geringe Aspiranz zum Krankenpflegeberufe liegt in der psychischen Einwirkung, welche er nach der Vorstellung der ihm Fernerstehenden auf die ihm Angehörenden üben muss. Viele Personen, sowohl weibliche als auch männliche, widmen sich allein schon deshalb nicht der berufsmässigen Krankenpflege, weil sie in psychischer Hinsicht den dauernden Verkehr mit kranken Menschen fürchten und nicht ertragen zu können meinen. Der Anblick Leidender ängstigt und beunruhigt sehr viele Menschen in hohem Grade, die häufigen Schmerzensäusserungen und Klagen, deren Zeugen sie am Krankenbette werden, wirken verdüsternd und verstimmend auf ihr Gemüth. Sehr viele Personen zeigen ein instinctives Widerstreben dagegen etwas Krankhaftes zu sehen und mit ihm in Berührung zu kommen; nicht etwa nur bei nervösen und leicht erregbaren, sondern selbst bei kräftigen und ganz gesunden Individuen findet man häufig eine derartige Abneigung gegenüber kranken Menschen, welche durchaus nicht immer auf Mitleid- oder Gefühllosigkeit zurückzuführen ist, sondern vielmehr, wenn man so sagen darf, in gewissen ästhetischen Empfindungen ihren Ursprung hat. Viele Menschen sind für die „Schönheit des Leidens“ weit weniger empfänglich und zugänglich als für die „Schönheit der Gesundheit“.

Diese instinctive Flucht vor dem Kranken ist aber keineswegs zu verwechseln mit der Furcht vor der Möglichkeit einer Ansteckung, einer Krankheitsübertragung auf den eigenen Körper, welche gleichfalls als wirksam für den Umstand in Betracht kommt, dass sich relativ so wenige Berufsaspiranten für die personelle Krankenwartung finden. Aehnliche Empfindungen bilden ja auch theilweise den Grund für das Vorurtheil, welches noch vor nicht langer Zeit in weiten Bevölkerungsschichten gegen das Aufsuchen der öffentlichen Hospitäler herrschte und erst letzthin durch den ausserordentlich erhöhten Krankencomfort, mit dem die modernen Anstalten eingerichtet werden, sowie durch die weiter vorschreitende Aufklärung umfangreicher Volkskreise in hygienischer Beziehung eingeengt wird. Andererseits darf man nicht übersehen, dass die Bestrebungen, die Bevölkerung in hygienischen Dingen mehr als früher zu unterrichten, neben ihrem ausserordentlichen Segen in prophylactischer Hinsicht doch auch leicht den einen Nachtheil haben können, dass sie die Furcht vor Ansteckung über das wünschenswerthe Maass vermehren. Es wird daher als eine sehr wichtige Aufgabe bezeichnet werden müssen, die Furcht vor Ansteckung und Krankheitsübertragung auf das geeignete Maass zu beschränken und jedenfalls zu verhüten, dass die Möglichkeit, die bereits Erkrankten hinreichend zu pflegen, in irgend einer Beziehung nothleidet. Vor allem kommt hier in Frage, dass die Gefahren der Krankheitsübermittelung bei der personellen Wartung Kranker nicht als grösser hingestellt werden, als sie es bei sorgfältiger Beobachtung der individuellen hygienischen Vorsichtsmaassregeln thatsächlich sind, damit nicht der ohnehin so geringe Afflux zu dieser nützlichen und nothwendigen Bethätigungsart noch mehr dadurch eingedämmt wird. Ueberdies ergiebt

sich aus den statistischen Erhebungen, welche neuerdings von Fürbringer über die Häufigkeit intranosocomialer Ansteckung bei Aerzten und Krankenpflegepersonen angestellt worden sind (mit besonderer Berücksichtigung der Tuberkulose), dass die Infectionsgefahren bei der Krankenpflege thatsächlich nur recht geringe sind. Es waren danach von 1874 bis 1890 im Krankenhaus Friedrichshain in Berlin von 459 Krankenpflegern (darunter solche mit 16jähriger Dienstzeit) tuberkulös 4, von denen nachweislich 2 die Schwindsucht schon mitgebracht hatten, ein dritter Fall zweifelhaft; von 339 Krankenpflegerinnen 2; von den seit 10 Jahren beschäftigten 108 Victoriaschwestern, von denen 50 im Durchschnitt 2 Jahre und 10 Monate im Krankenhause thätig waren, ist eine einzige tuberkulös geworden; nach diesen Feststellungen beträgt die Infectionsgefahr ca. 1 pCt. Allerdings berechnet Cornet im Gegensatz hierzu und in Uebereinstimmung mit einer weiter zurückliegenden Statistik v. Ziemssen's für die katholischen Ordensschwestern eine Sterblichkeitsziffer von 63 pCt.; doch führt Lazarus die Begründung für diesen hohen Procentsatz darauf zurück, dass bei den katholischen Krankenpflege-Orden Verhältnisse mitsprechen müssen, die weder hinsichtlich der Kleidung noch der Ernährung, noch der allgemeinen Fürsorge bei den strengen Gesetzen, denen Ordensschwestern unterworfen sind, genügenden Schutz vor der Ansteckungsgefahr gewähren (vgl. J. Lazarus, Ueber die Krankenhausbehandlung schwerkranker Tuberkulöser. Deutsche med. Wochenschr. 1899. No. 8). Eine Statistik bezüglich der acuten Infectionskrankheiten liegt bis jetzt noch nicht vor; es ist jedoch keine Frage, dass die Ansteckungsmöglichkeit bei ihrer Pflege durch Beobachtung der prophylactischen Vorschriften auf ein Minimum reducirt werden kann.

Ein sehr wesentlicher Grund für den numerischen Mangel an Pflegepersonen liegt in der eigenthümlichen Fremdartigkeit des Krankenpflegeberufes. Die Stellung einer Krankenpflegerin erscheint heutzutage noch vielfach als eine so eigenartige und in gesellschaftlicher Hinsicht so abgesonderte, dass zahlreiche Mädchen und Frauen es gewissermaassen als ein auffallendes Wagniss und Ereigniss betrachten, sich ihr zu nähern. Nicht sowohl in den wirthschaftlichen Verhältnissen des Krankenpflegeberufes, wie vielfach gemeint wird, und die zweifellos gleichfalls einer geeigneten und thatkräftigen Förderung bedürfen, als vielmehr in den gesellschaftlichen Verhältnissen des Berufes liegt der Hauptgrund dafür, dass er nicht so häufig ergriffen wird, als dies vom ärztlichen Gesichtspunkt aus zu wünschen wäre. Der Krankenpflegeberuf muss volksthümlicher werden; es darf nicht mehr wunderbar erscheinen, wenn sich ein junges Mädchen ihm zuwendet. Anstatt ihn mit einer furchterregenden Unnahbarkeit zu umgeben, sollte man noch in viel weitergehendem Maasse, als bisher die Bevölkerung auf ihn aufmerksam machen und ein besseres Verständniss für sein Wesen und seine Anforderungen zu verbreiten suchen. Angesichts des unzureichenden Contingents an Berufspflege-

rinnen und in Erwägung der Thatsache, dass viele Familien auch materiell nicht in der Lage sind, den Beistand berufsmässiger Pflegepersonen in Anspruch zu nehmen, ohne doch gerade so unbemittelt zu sein, um eine Gemeindepflegerin fordern zu dürfen, sollte man in ausgiebigem Umfange in der Bevölkerung die fundamentalsten Kenntnisse der personellen Krankenpflege verbreiten; durch in geeigneter Weise organisirten öffentlichen Unterricht sollte man insbesondere die weiblichen Familienangehörigen befähigen, wenigstens innerhalb der eigenen Häuslichkeit die pflegende Fürsorge für den erkrankten Gatten, Vater oder Bruder in einigermaassen sachgemässer Weise zu übernehmen und dem Arzte verständnissvoll zur Hand zu gehen. Eine solche „nichtberufsmässige" Krankenpflege würde nicht nur vielfach die Krankenfürsorge innerhalb der einzelnen Familien vervollkommnen und die Erfolge der ärztlichen Heilbestrebungen wirksam unterstützen, sondern auch weitere Kreise mit den Bedürfnissen kranker Menschen vertrauter machen, vor Allem auch unmittelbarer auf den Krankenpflegeberuf hinweisen und bei vorhandener Neigung und Anlage veranlassen, sich in grösserem Umfange ordnungsmässig zu Berufspflegepersonen ausbilden zu lassen.

---

## 3. Fürsorge auf dem Gebiete des Krankenpflege-Unterrichts.

Von

Dr. **Paul Jacobsohn** in Berlin.

---

### 1. Krankenpflege-Unterricht für Mediciner.

Während die Bestrebungen der Aerzte, das berufsmässige Pflegepersonal durch einen besonderen systematischen Unterricht in der Krankenpflege zu vervollkommnen, bis in das Ende des 18. Jahrhunderts sich zurückverfolgen lassen, hat man erst in den letzten Jahren die Nothwendigkeit voll erkannt, auch innerhalb des medicinischen Universitätsstudiums dem Fache der Krankenpflege besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden. Die erhöhte Fürsorge, welche die moderne Klinik der wissenschaftlichen Vertiefung und Ausgestaltung der therapeutischen Disciplinen angedeihen lässt, und welche in erster Linie in dem erfolgreichen Ausbau speciell der physikalisch-diätetischen Therapie ihren Ausdruck findet, hat dazu geführt, dass auch die Bedeutung des verwandten Gebietes der Krankenpflege für die Krankenbehandlung seitens des Arztes in höherem Maasse klargestellt und gewürdigt worden ist. Dieses bis dahin von den Aerzten wenig beachtete und daher auch über die rein empirische Handhabung nicht hinausgekommene Gebiet in den Bereich der therapeutischen Medicin eingeschaltet zn haben, ist in erster Linie das Verdienst E. v. Leyden's und M. Mendelsohn's, welche in den letzten zehn Jahren sich erfolgreich bemüht haben, dieser therapeutischen Specialdisciplin in den Kreisen der Aerzte eine immer mehr fortschreitende Anerkennung zu gewinnen. Als die beiden ersten grundlegenden Arbeiten für die wissenschaftliche Krankenpflege sind zwei Abhandlungen der genannten Autoren zu bezeichnen, welche im Jahre 1890 erschienen sind; es ist dies der Vortrag v. Leyden's „Ueber Specialkrankenhäuser" und der Aufsatz M. Mendelsohn's „Das Krankenzimmer". In diesen Abhandlungen wird die therapeutische Bedeutung der in der Krankenpflege liegenden Heilfactoren eingehend erläutert. v. Leyden hält insbesondere

zwei Gesichtspunkte bei der Ausgestaltung der Krankenpflege für wichtig und Erfolg versprechend: die nach therapeutischen Ueberlegungen durchgeführte methodische Gestaltung der unbelebten und belebten Umgebung des Kranken, oder mit anderen Worten, die nach ärztlichen Erwägungen einzurichtende Regelung und Vervollkommnung des Krankencomforts und der personellen Krankenwartung. Mendelsohn legt das Hauptgewicht darauf, dem Kranken alles das zu verschaffen, was ihm seinen Zustand bequemer und behaglicher zu machen vermag und giebt zunächst in kurzer Skizzirung eine Reihe von für den Arzt werthvollen Rathschlägen aus dem Gebiete der Krankenpflege; auch fordert er die Aerzte auf sich mit den hierhin gehörigen Fragen mehr als bisher zu beschäftigen, um so eine thatkräftigere Förderung des Faches zu ermöglichen. Einen recht bedeutsamen Fortschritt für die Krankenpflege erzielte derselbe Autor durch die seit dem Jahre 1894 von ihm herausgegebene „Zeitschr. f. Krankenpflege“, welche in ärztlichen Kreisen nach und nach eine rege Unterstützung fand und alsbald zum Sammelpunkt für eine Reihe wichtiger das Fach berührender Veröffentlichungen wurde. In den die Eröffnung der Zeitschrift einleitenden Worten über die „Aufgaben der Krankenpflege“ giebt Mendelsohn einen zusammenfassenden Ueberblick über die verschiedenen Richtungen innerhalb des neuen, wissenschaftlich zu bebauenden Faches, nach welchen die wissenschaftliche Detailarbeit vor sich gehen soll; er erklärt den erweiterten Begriff der „wissenschaftlichen Krankenpflege“. Diese besteht nicht nur in der Darreichung derjenigen Handleistungen und Dienste, welche der bettlägerige und hilflose Kranke sich selber in seiner gezwungenen Situation nicht zu leisten vermag, nicht nur in der Bedienung des Kranken, in der Ausführung und Erfüllung seiner Wünsche, sondern sie ist geradezu „die Behandlung des Kranken während der $23^3/_4$ Stunden des Tages, in welchen der Arzt nicht bei ihm ist“. „Wie der veränderte Zustand im Ablaufe der Lebensprocesse eines Individuums, welchen man als ‚Krankheit‘ zu bezeichnen pflegt, während der Dauer der Krankheit ununterbrochen fortbesteht und wirksam ist, so hat die Heilkunst dementsprechend die Aufgabe, durch eine ebenso ununterbrochene Einwirkung auf die Person des Kranken die entstandenen Störungen zu beseitigen oder auszugleichen oder erträglich zu machen. Wenn es sich durchführen liesse, wäre es das Ideal, dass ein Arzt gleichzeitig immer nur einen Kranken übernimmt. Nun kann sich aber natürlich kaum Einer solchen Luxus gönnen, und auch die Aerzte, die schon jetzt dort, wo sie es könnten, viel zu wenig selber mit Hand anlegen, würden wohl nicht ganz mit einer solchen Concentrirung ihrer Thätigkeit einverstanden sein. Aber um ein klares Bild von alledem zu gewinnen, was zu den Aufgaben der Krankenpflege gehört, ist es nützlich, sich einmal, in der Idee wenigstens, vorzustellen, dass der Arzt dauernd einen Kranken während einer längeren und schweren Krankheit versieht, wo er nun Arzt und Pfleger in einer Person sein würde. Jede Viertelstunde ver-

langte dann von ihm neue Beobachtungen, neue Entschliessungen; und nur die wenigsten davon würden, so wichtig auch gerade diese sind, in der Verordnung von Arzneien, in der Anwendung sogenannter eingreifender Maassnahmen bestehen. Die sind ja nur ein Theil der vielen Heilfactoren, welche zu Gebote stehen. Denn zu solchen Heilfactoren kann Alles, ausnahmslos Alles werden, was auf einen kranken Menschen in irgend einer Weise einwirkt: Die Luft, die er einathmet, und die Speise, die er geniesst, die Ruhe, die ihn umgiebt, und die Zerstreuung, die ihm wird, die Sauberkeit seines Lagers und die Verscheuchung seiner trüben Gedanken, die Ueberzeugung von dem Interesse, das man an seiner Genesung nimmt, und die Abkürzung und Erleichterung unangenehmer, aber unerlässlicher Maassnahmen". In Uebereinstimmung hiermit ist es die Aufgabe der wissenschaftlichen Krankenpflege die täglichen Lebensgewohnheiten und Lebensverrichtungen des kranken Menschen unter dem Gesichtspunkt des Krankseins zu betrachten und zu regeln: Wachen und Schlafen, Ruhe und Bewegung, Essen und Trinken, Alleinsein und Geselligkeit, Nichtsthun und Zerstreuung, Gemüthsruhe und Erregung. Eine zweite Aufgabe besteht darin den gesammten Apparat, der den Kranken umgiebt und bei der Ausführung der täglichen Verrichtungen und zur bequemen Durchführung derselben in Anwendung kommt, den Bedürfnissen des Krankseins zu adaptiren, die zweckmässige Gestaltung des Lagers, des Speisegeräthes, des Geschirrs für die natürlichen Verrichtungen, der Einrichtungen zum Lesen und Schreiben, des Krankenzimmers nach Anlage und Ausstattung zu erzielen. Eine dritte Aufgabe bezieht sich auf die Regelung der personellen Krankenwartung, welche aus äusseren Gründen den Arzt während seiner Abwesenheit vom Krankenbette vertritt, auf die Erreichung möglichster Zweckmässigkeit bei den der Krankenwartung anvertrauten Hilfeleistungen am Kranken, auf die Förderung der socialen Stellung und der Bildung der beruflichen Pflegepersonen. Im Anschluss an diese allgemeineren Ziele würde dann noch die Regelung des Hospitalwesens nach ärztlichen Gesichtspunkten in Betracht kommen, und weiterhin im speciellen Theile der wissenschaftlichen Krankenpflege reiht sich die Lehre von den besonderen Institutionen und Einrichtungen an, wie sie nach dem Entwickelungsgange des modernen Krankenhauswesens für die Pflege bei besonderen Krankheiten und Krankheitsgruppen sich als nothwendig herausstellen; hierhin gehören Erörterungen über die Irren- und Idioten-Anstalten, die Pflege-Anstalten für Taubstumme und Blinde, die Heilanstalten für Lungenkranke, Einrichtungen zur Pflege in Bädern und Curorten, und schliesslich auch die Sorge für eine möglichst schnelle und zweckmässige Unterbringung der Kranken, für die Regelung des Krankentransport- und Rettungswesens, welches einen sehr wichtigen Theil der wissenschaftlichen Krankenpflege bildet (vgl. Zeitschr. f. Krankenpfl. 1894. pag. 127). Mendelsohn hat sich in den folgenden Jahren mit hervorragendem Eifer und schönem Erfolge der weiteren Bearbeitung und Förderung der

wissenschaftlichen Krankenpflege gewidmet und ist in Wort und Schrift mit grosser Consequenz dafür eingetreten, diesem umfangreichen Gebiete eine gleichberechtigte Stellung mit den anderen medicinischen Specialdisciplinen zu erobern und die allgemeine Anerkennung der Krankenpflege in dem von ihm vertretenen Sinne als eines besonderen wissenschaftlichen Faches zu erreichen. Von seinen diesbezüglichen Schriften ist besonders der Vortrag „Krankenpflege und specifische Therapie“ (1895) hervorzuheben, in welchem er mit grossem Geschick die erheblichen therapeutischen Leistungen, welche die wissenschaftliche Krankenpflege zu bieten vermag, denjenigen Heilbestrebungen gegenüber, welche für jede Krankheit ein specifisches Heilmittel suchen, auseinandersetzte und vertheidigte. „Gegen die Krankheit dem Kranken stets ein Mittel zu geben, vermag die Medicin nicht; aber einem einzelnen Kranken die Anpassung an seine veränderten Lebensbedingungen zu erleichtern und zu ermöglichen, das kann sie wohl. Wenn jemand einen Herzfehler hat oder eine chronische Nierenentzündung, so kommt es nicht sowohl darauf an die Herzklappen wieder ganz zu machen oder die Veränderungen im Nierengewebe zu beseitigen, sondern darauf den ganzen Organismus des Kranken so zu beeinflussen, dass trotz seiner nicht intacten Klappen und trotz seiner Nierenläsion die Functionen in ihm sich mit der grösstmöglichen Annäherung an die Norm abspielen. Das schöne, und vor Allem einer jeden Anforderung an die medicinische Wissenschaft durchaus Genüge leistende Resultat solchen Bestrebens wird dann sein, dass der Kranke den gleichen Lebensgenuss und die gleiche Lebensfähigkeit, wenn möglich bis zum natürlichen Abschlusse des Daseins, beibehält, wie wenn seine Organe normal functionirten. Es wäre ja auch geradezu absurd, von einer specifischen Heilung der Herzklappenfehler oder der Nierenentzündungen zu sprechen; und die Infectionen bilden doch nur einen kleinen Theil aller Krankheiten. Hier erwächst der Medicin die grosse und umfassende Aufgabe der Krankenpflege. Und weil sie eben keine Krankheiten kennt, sondern nur Kranke, hat sie in jedem Falle, immer wieder aufs Neue und immer wieder als ein neues Problem, zunächst die Arbeitsleistung und die Functionsfähigkeit des betreffenden Organismus und seiner einzelnen Theile festzustellen und kennen zu lernen, um einen klaren Einblick gerade in die abweichenden Leistungen und die aussergewöhnliche Thätigkeit dieses kranken Körpers zu gewinnen. Denn jeder Mensch, gesund oder krank, ist in seinen Functionen das Product der sämmtlichen auf ihn einwirkenden Einflüsse seiner Umgebung, und krank ist er eben nur dann, wenn die ungünstigen Einflüsse bei ihm präponderiren. Der Krankenpflege erwächst daher die Pflicht, den Kranken aus seinem bisherigen Milieu herauszunehmen, dessen einzelne, einseitige Factoren sie nicht kennt, und ihn dafür unter Bedingungen zu bringen, welche bis in die kleinsten Details der gesammten Lebensweise bekannt und in ihren Einwirkungen auf ihn verfolgbar sind. Die vielen Imponderabilien der Krankenpflege, bisher der wissenschaftlichen Analyse noch nicht zugeführt, wiegen gar gewichtig,

und die Zeit wird kommen, wo sie alle in ihrem inneren Wesen durch die Wissenschaft eine Erklärung finden werden. Sie zu erkennen ist das Object künftiger, wissenschaftlicher Forschung. Leichtfertig wäre die Meinung, das sorgfältige Eingehen ins Detail, die Regelung der kleinsten und anscheinend unwesentlichsten Dinge, welche den Kranken betreffen, für überflüssig und kleinlich zu erachten. Wie gewaltig ist die Rückwirkung einer jeden, selbst der geringfügigsten Maassnahme in dem subtilen, lebenden Organismus, wie wirkt hier der kleinste Reiz durch die Summation seiner Effecte bis zu erheblichen Aeusserungen fort, wie muss an einem so überaus reactionsfähigen Wesen alles, ausnahmslos alles, was an ihm eine Einwirkung auslösen kann, in Berechnung gezogen, geleitet und geregelt werden! So ist denn, so schliesst die erwähnte Abhandlung Mendelsohn's, die Krankenpflege nur anscheinend eine rein practische Disciplin; thatsächlich ruht sie durchaus auf wissenschaftlichem Boden" (vgl. Zeitschr. f. Krankenpfl. 1895. pag. 95). Selbstverständlich war in den vorstehend citirten Erörterungen zunächst nur ein Programm für den weiteren wissenschaftlichen Ausbau der Krankenpflege auf möglichst exacter Basis gegeben; immerhin aber war damit die Krankenpflege als eigener Specialzweig der wissenschaftlichen Medicin in zweckmässiger Weise definirt worden, und die Stellung, welche sie innerhalb der therapeutischen Methoden, als Schwesterwissenschaft der physicalisch-diätetischen Therapie, einzunehmen hatte, gekennzeichnet. Um den Gegnern dieser Anschauungen gegenüber nachzuweisen, dass der Krankenpflege thatsächlich eine grosse Bedeutung unter den therapeutisch-wissenschaftlichen Methoden zuzusprechen sei, suchte Mendelsohn (1897) in seiner Abhandlung „Krankenpflege und Phthiseotherapie" an einem Beispiel zu zeigen, welche erheblichen, ja Ausschlag gebenden therapeutischen Effecte gerade auf Rechnung einer systematischen und nach wissenschaftlichen Grundsätzen durchgeführten Krankenpflege zu setzen sind. Im folgenden Jahre veröffentlichte er in dem von Eulenburg und Samuel herausgegebenen „Handbuche der allgemeinen Therapie" einen Grundriss des Systems der wissenschaftlichen Krankenpflege, dessen Gliederung in einer den übrigen exacten therapeutischen Heilmethoden entsprechenden Weise angeordnet war und den Stoff nach mannigfacher Richtung unter neuen und eigenartigen Gesichtspunkten gruppirte. Um die nunmehr auch in weiteren Kreisen anerkannte Stellung der Krankenpflege als exact-wissenschaftliche Disciplin auch äusserlich zu kennzeichnen, legte Mendelsohn ihr den Namen „Hypurgie" (vom griech. ὑπουργεῖν = Hilfsmittel anwenden) bei, der sich auch bereits in den Kreisen der Aerzte einzubürgern beginnt. v. Leyden, der die Bestrebungen, das Gebiet der Krankenpflege wissenschaftlich weiter zu bebauen und ihre einzelnen Zweige zu vervollkommnen, in thatkräftigster Weise förderte, konnte gelegentlich der Eröffnungsrede des 15. Congresses f. inn. Medicin den wichtigen Fortschritt verzeichnen, dass die Krankenpflege sich, besonders durch die Entwickelung der letzten Jahre, mehr und mehr zu einem unentbehr-

lichen, selbstständigen Specialfache der wissenschaftlichen Medicin erhob. Das in dem erwähnten „Handbuche der allgemeinen Therapie“ niedergelegte System der wissenschaftlichen Krankenpflege umfasst folgende Haupt-Abschnitte: 1. Aufgaben und Umfang der Krankenpflege, 2. die Heilmittel der Krankenpflege, welche in die materiellen (Krankenpflege-Geräthe, technische Vorrichtungen) und in die immateriellen zerfallen, welche letzteren wiederum in somatische, hygienische und psychische Mittel eingetheilt werden, 3. die Anwendungsart der Heilmittel der Krankenpflege, bei der als topographisch-dynamische Anwendungskreise (Zonen) die Körperoberfläche, das Krankenbett, das Krankenzimmer, das Krankenhaus und schliesslich der Cur-Ort in Betracht gezogen werden, 4. die Wirkungsweise der Heilmittel der Krankenpflege, die exacter Feststellung zugängliche und bedürfende Hypurgo-Dynamik, welche sich im Einzelfalle aus einer Anzahl von Theilactionen zusammensetzt und wonach sich die Heilmittel der Krankenpflege in analoger Weise wie die pharmacologischen Heilmittel in Narcotica, Tonica, Excitantia, Purgantia, Expectorantia etc. eintheilen lassen, 5. die Indicationen der Heilmittel der Krankenpflege; dieselben ergeben sich nach Maassgabe der durch die einzelnen Mittel ermöglichten Reizeffecte und sind im Allgemeinen bei jeder Erkrankung gegeben, wo die Heilmittel der Krankenpflege als Ergänzung der übrigen Heilmaassnahmen verwendet werden können; der Umfang der Indication erscheint bei ihrer Anwendung hauptsächlich dadurch vergrössert, weil sie sowohl frei von jeder schädlichen Nebenwirkung sind als auch eine stetige, ununterbrochene Einwirkung ausüben können.

Mit Recht konnte der Autor des im Vorstehenden in kurzen Umrissen skizzirten Systems der wissenschaftlichen Krankenpflege sagen, dass die Krankenpflege bisher noch niemals unter ähnlichen erweiterten und wissenschaftlich vertieften Gesichtspuncten betrachtet worden war, und gelang es vorerst auch nur den Rahmen und die Hauptgliederung für die sich anschliessende experimentelle Detailarbeit festzulegen, so kann doch das Mendelsohn'sche Werk über „Hypurgie“ in mancher Beziehung als ein Markstein für die weitere Entwicklung und Bearbeitung der wissenschaftlichen Krankenpflege bezeichnet werden. Um freilich die einzelnen Theilgebiete einer so umfänglichen wissenschaftlichen Disciplin zu vollkommen ausgebauten Räumen eines fertig dastehenden wissenschaftlichen Lehrgebäudes zu machen, dazu wird es einer nur langsam fortschreitenden, vieljährigen, mühevollen Einzelarbeit bedürfen, deren Anfänge bereits erfreuliche Ergebnisse gezeitigt haben. Auch wird immerhin nur ein Bruchtheil der Gesammtwissenschaft der Krankenpflege sich der rein exact-experimentellen Bearbeitung zugänglich erweisen, während manche Theilgebiete dieses Faches zu ihrer Förderung hauptsächlich einer eingehenden Berücksichtigung der volkshygienischen, ethischen, socialen und statistischen Verhältnisse bedürfen werden. Um das von ihm aufgestellte System für den academischen Unterricht nutzbar zu machen, erweiterte Mendelsohn vor Kurzem seine Hypurgie zu

einem mehr den practischen Bedürfnissen des jungen Mediciners dienenden Lehrbuche, welches er „Krankenpflege für Mediciner“ nannte (Jena 1899) und mit zahlreichen Abbildungen, in ihrer Gesammtheit den ganzen technischen Apparat der Krankenpflege darstellend, versah. Um seinen Bemühungen, den Universitäts-Unterricht in der Krankenpflege, den er seit einigen Jahren ertheilte, nicht nur rein theoretisch zu gestalten, entgegenzukommen, wurde auf sein Betreiben mit fördernder Unterstützung des kgl. preuss. Cultusministeriums im kgl. Charitékrankenhause zu Berlin eine speciell für den medicinischen Unterricht bestimmte „Krankenpflege-Sammlung“ eingerichtet, welche sich für den Krankenpflege-Unterricht als ausserordentlich nutzbringend erweist, indem sie bei demselben eine ausgiebige Verwerthung der Anschauungsmethode ermöglicht und gestattet viele Einzelanwendungen und Einzelmaassnahmen der wissenschaftlichen Krankenpflege den Hörern in ihrer Ausführung und unter Demonstration der diesbezüglichen technischen Hilfsmittel vorzuweisen. Ursprünglich in ihrem Grundstock aus den Ueberresten der auf der 1896er Gewerbe-Ausstellung zusammengestellten „Krankenpflege-Baracke“ hervorgegangen, umfasste die Sammlung bei ihrer officiellen Eröffnung im Jahre 1898 bereits 910 verschiedene technische Geräthschaften des Krankencomforts, unter Miteinrechnung der Duplicate und Ersatzstücke über 1000 einzelne Nummern, welcher Bestand sich inzwischen durch eifriges Sammeln aller einschlägigen Neuheiten noch erheblich vermehrt hat. Die meisten Objecte sind in Originalstücken, die Minderzahl in instructiven Modellen vertreten, welche die Fabrikanten und Erfinder für den beabsichtigten Unterrichtszweck in dankenswerther Weise zur Verfügung stellten. Trotz des geringen Umfanges der zunächst für die Sammlung überlassenen Räumlichkeiten war man doch bei ihrer Einrichtung bestrebt die einzelnen Stücke möglichst übersichtlich zu gruppiren, um die Demonstration zu erleichtern. Die Modelle sowie die kleineren Krankenpflegegeräthe sind auf niederen Holzsockeln aufgestellt worden, so zwar, dass sie nicht mit diesen unlösbar verbunden, sondern nur in entsprechende Ausschnitte an deren oberen Flächen eingepasst sind; von gleichartigen, allein durch ihre Construction oder ihr Material verschiedenen, insbesondere kleinen Geräthen trägt häufig je ein Sockel mehrere Exemplare. Diejenigen Geräthe dagegen, welche keine feste, eigene Gestalt haben, in erster Linie die Gummi-Geräthe, sind auf starken weissen Tafeln mit Hilfe von über sie hinweggespannten Fäden, welche das Geräth selbst nicht verletzen, befestigt; auch hierbei sind ähnliche und demselben Zwecke dienende Gegenstände auf einer grösseren Tafel zusammengefasst. Jeder selbstständige Bestandtheil der Sammlung, also jedes einzelne grössere Krankenpflege-Geräth, ein jeder Sockel und eine jede Tafel, ein oder mehrere Objecte enthaltend, trägt auf einem schwarzen Schildchen die Nummer und die Bezeichnung des betreffenden Gegenstandes, und, falls dieser von ärztlicher Seite angegeben worden ist, auch den Namen des Urhebers. Um die Bestimmung und die Art der Anwendung der einzelnen in der Sammlung

vertretenen Geräthe festzulegen und für den Fall nothwendig werdender Erneuerung oder bezüglicher Nachfrage dient ein besonderes Verzeichniss, das in einem Buche grossen Formats mit zweckmässigem Vordruck niedergelegt ist. Dieses Verzeichniss enthält auch für solche Gegenstände, welche bei unzweckmässiger Behandlung verderben und unbenutzbar werden könnten, geeignete Vorschriften für ihre Erhaltung, und weist im Allgemeinen folgende Rubriken auf: 1. No. des Katalogs, 2. Bezeichnung des Gegenstandes, 3. Zubehör und Art der Aufstellung, 4. Herkunft (angegeben, hergestellt, bezogen von . . .), 5. kurze Beschreibung der Art der Anwendung, 6. Anweisung für die Erhaltung, 7. Bemerkungen (auf den Preis, die Patentirung etc. des Objects bezüglich) (vgl. M. Mendelsohn, die Krankenpfl.-Sammlg. im kgl. Charité-Krankenhause. S.-A. aus Charité-Annalen. 22. Jahrg.).

Abgesehen von ihrem Werthe für den Krankenpflege-Unterricht ist diese Sammlung auch insofern von erheblicher Bedeutung für die Weiterentwickelung und Vervollkommnung des Krankencomforts, als sie gewissermaassen eine Mustersammlung geeigneter technischer Apparate und Geräthe darstellt, wie sie in solcher Vollständigkeit bisher nicht anzutreffen war. Sie giebt einen systematischen Ueberblick über den Stand der derzeitigen Entwickelung der Krankenpflege-Technik und regt den Beschauer an, die vorhandenen Erfindungen auf diesem Gebiete zweckmässig zu verbessern. Im Uebrigen enthält die Sammlung neben den zweckentsprechenden Objecten auch solche, welche vor dem Forum ärztlich-therapeutischer Begutachtung nicht Stand halten und somit gewissermaassen die „Verfälschungen“ der Krankenpflege-Heilmittel darstellen. Jedenfalls hat ihre Einrichtung mit dazu beigetragen, das Interesse speciell der Aerzte und der noch in der Ausbildung befindlichen Mediciner in erhöhtem Maasse auf dieses mehr technische Arbeitsfeld hinzuweisen und den Hilfsmitteln des Krankencomforts eine allgemeine erhöhte Beachtung für die Therapie zu gewinnen. Bei den Fabrikanten hat sich ein wohlthätiger Einfluss insofern geltend gemacht, als die Concurrenz Gutes und immer Besseres in der Herstellung der Krankenpflege-Objecte zu leisten, sich in den letzten Jahren wesentlich gesteigert hat, welcher Umstand wiederum auf die Weiterentwickelung der Technik günstig einwirken muss. Letzterer Effect ist ohne Zweifel in noch wesentlich umfangreicherem Maasse durch die grossen Krankenpflege-Ausstellungen der letzten Jahre (Berlin und Frankfurt a. M. 1899 und 1900) erreicht worden, welche, von berufenen Sachverständigen organisirt, auch weiteren Kreisen ein getreues Bild von dem gegenwärtigen Niveau des Krankencomforts vorführen konnten. Insbesondere hat die Berliner Ausstellung auch der Krankenpflege-Sammlung zu einer ansehnlichen weiteren Bereicherung ihres Bestandes verholfen, so dass bereits infolge der sich geltend machenden räumlichen Unzulänglichkeiten der Wunsch an maassgebender Stelle rege geworden ist, die stets wachsende Unterrichts-Sammlung allmählich zu einem „Museum für Krankenpflege“ zu erweitern.

So erfreulich nun aber die geschilderten Fortschritte auf dem Gebiete des Krankenpflege-Unterrichts für Mediciner sind, so bedeutsam diese Fortschritte für die therapeutische Handhabung der wissenschaftlichen Krankenpflege durch die Aerzte wie für die Weiterentwickelung der Krankenpflege-Technik selbst sein werden, so bleibt doch der eine Nachtheil der bisherigen Unterrichts-Einrichtungen auf diesem Gebiete bestehen, dass es nach der heutigen Lage der Verhältnisse schwierig ist, den systematischen theoretischen Unterricht in der Krankenpflege durch die ausserordentlich nothwendige practische Belehrung am Krankenbette selbst zu ergänzen. Wenn die wissenschaftliche Krankenpflege auch eine therapeutische Specialdisciplin darstellt, welche in manchen Theilgebieten auch durch rein theoretische Belehrung und durch Laboratoriums-Forschung gefördert nnd bereichert werden kann, so wird der Krankenpflege-Unterricht doch im Rahmen der Ausbildung der angehenden Aerzte nur dann zu voller und durchgreifender Wirksamkeit gelangen können, wenn den Hörern ausreichende Gelegenheit geboten werden wird, das theoretisch Gelernte in seiner Anwendung am Krankenbette selbst zu üben. Immerhin aber wird der theoretische Ueberblick über das Gesammtgebiet der wissenschaftlichen Krankenpflege, wie er jetzt schon in Berlin ermöglicht ist und in der Folge wohl auch durch Einrichtung ähnlicher Unterrichts-Anstalten an anderen Universitäten den jungen Medicinern wird vermittelt werden können, sich schon in der Gegenwart als eine sehr nutzbringende Belehrung im Bildungsgange des Mediciners erweisen, und in um so höherem Grade auch deshalb, weil in den theoretischen Vorlesungen über Krankenpflege zugleich ein wichtiger Theil der ärztlichen Ethik zur Vorführung gelangt, auf welchen Vortheil erst neuerdings v. Leyden eindringlich aufmerksam gemacht hat. Auch in dieser besonders für die Verhältnisse der Gegenwart wichtigen Thatsache dürfte ein deutlicher Hinweis erblickt werden können, die Bestrebungen zur weiteren Ausgestaltung und Vervollkommnung des „Krankenpflege-Unterrichts für Mediciner“ möglichst zu unterstützen.

## 2. Krankenpflege-Unterricht für berufsmässige Pflegepersonen.

### a) Die Nothwendigkeit eines geordneten Krankenpflege-Unterrichts für das Pflegepersonal.

In früheren Jahrhunderten, als die Ausübung der personellen Krankenwartung noch allein in den Händen der frommen geistlichen Krankenpflege-Orden lag, pflanzte sich die nöthige Belehrung über die bei der Ausführung des Krankendienstes gewonnenen Erfahrungen und Kenntnisse ausschliesslich innerhalb der Schwestern- und Brüder-Genossenschaften durch mündliche Ueberlieferung fort, indem die neu in die Ordensverbände eintretenden Personen zunächst älteren Schwestern und Brüdern als Gehilfen für die Armen- und Gemeindekrankenpflege beigegeben und so allmählich practisch in die Pflegethätigkeit eingeführt wurden, deren technische Ausübung sich damals bei dem noch verhältnissmässig wenig

entwickelten Stande medicinischer Erkenntniss freilich nur auf ziemlich enge Grenzen beschränkte. Die Krankenpflege hatte damals einen hauptsächlich humanitären Charakter und wurde von den Ordens-Angehörigen in selbstloser, opferwilliger Weise als ein im göttlichen Auftrage übernommenes frommes Liebeswerk geleistet. Den Kranken, insbesondere den armen Kranken sowohl in den Hospitälern als auch in den Einzelfamilien der Gemeinden, wurden nach Maassgabe der traditionell überlieferten und auch der selbstständig gemachten Erfahrungen persönliche kleine Liebesdienste erwiesen, es wurden den Unbemittelten und Bedürftigen Nahrungsmittel und Geschenke zugeführt und die Leidenden durch den Trost der Religion aufgerichtet. Die Aerzte wendeten der Thätigkeit der die Pflege der Kranken ausübenden Personen lange Zeit hindurch keine besondere Aufmerksamkeit zu, und sahen sich erst gegen Ende des 18. Jahrhunderts hierzu veranlasst, als die unzureichende Zahl brauchbarer Hilfskräfte für die Krankenpflege in den grösseren Hospitälern unhaltbare Zustände geschaffen hatte. Wohl im Zusammenhange mit dem derzeitigen allgemeinen Aufschwunge des vordem arg vernachlässigten Hospitalwesens begann bei einer Anzahl einsichtiger Aerzte der Wunsch rege zu werden, ein Pflegepersonal zu besitzen, welches unter ärztlicher Anleitung durch einen besonderen geordneten die Fortschritte der wissenschaftlichen Medicin ausreichend berücksichtigenden Unterricht für die ärztliche Hilfsthätigkeit vorbereitet ist. Theils durch die unzureichende Zahl der vorhandenen geistlichen Pflegekräfte, theils durch die ungenügende Qualität der damaligen weltlichen Pflegepersonen, über deren Unbildung, Rohheit und Unzuverlässigkeit in erheblichem Maasse Klage geführt wurde, auf die Nothwendigkeit der Beschaffung geeigneter Hilfspersonen für die Zwecke der Krankenwartung hingewiesen, suchten Männer wie Unzer, Mai, Pfähler, Wolff, Carrère u. A. zunächst durch Abfassung und Veröffentlichung von kleineren nach ärztlichen Bedürfnissen und Gesichtspunkten zusammengestellten Anweisungen für die Wartung von Kranken einen belehrenden Einfluss auf weitere Kreise der berufsmässigen Pflegepersonen zu gewinnen. Diese Anleitungen lassen, wenngleich sie, dem damaligen Niveau medicinischen Wissens entsprechend, noch Vieles enthalten, was vom heutigen ärztlichen Standpunkte als unzutreffend bezeichnet werden muss, doch bereits eine gewisse systematische Gliederung des für die Ausbildung der Pflegepersonen bestimmten Lehrpensums erkennen, welche als die Grundlage für die heutzutage übliche Systematik des theoretischen Krankenpflege-Unterrichts angesehen werden muss. Der Erfolg und Beifall, welchen die erwähnten Schriften in ärztlichen Kreisen ernteten und der sichtliche Nutzen, welchen sie für die berufliche Vervollkommnung der Pflegepersonen hatten, wurden weiterhin die Veranlassung, dass die Begründung eigener, dauernder, ärztlich geleiteter Institute zur ordnungsmässigen Heranbildung von Pflegepersonal ins Auge gefasst wurde. In einer Anzahl grösserer deutscher Städte, insbesondere im Anschlusse an die von den Stadtgemeinden in wachsendem Umfange begründeten Kranken-

anstalten, so in Mainz, Mannheim, München, Bamberg, Strassburg, ebenso auch in Wien wurden auf Betreiben der leitenden Spitalärzte sog. Krankenwärter-Institute ins Leben gerufen, an welchen ein eigens hierfür bestellter Arzt die sich für den berufsmässigen Pflegedienst meldenden männlichen und weiblichen Personen theoretisch und practisch unterwies. Auch in Preussen machte sich der Mangel an in geordneter Weise ausgebildeten Pflegekräften fühlbar und veranlasste 1832 die Begründung der kgl. Krankenwartschule im Anschluss an das Charitékrankenhaus in Berlin durch Dieffenbach, welche als staatliche Anstalt noch heutzutage besteht. Der theoretische Unterricht wurde an dieser Anstalt während eines Zeitraumes von 2 Monaten ertheilt und leitete die Gesammtausbildung der Pflegepersonen ein; am Schlusse desselben wurde ein von der Anstalts-Direction ausgefertigtes Prüfungs-Zeugniss ertheilt. An dem theoretischen Unterricht konnten Personen theilnehmen, welche weiterhin im Krankenhause wohnten und daselbst dauernd die Pflegethätigkeit ausübten, aber auch solche, die, ausserhalb der Anstalt wohnend, den Unterricht nur genossen, um sich alsdann der Privatpflege in der Stadt zu widmen. Besonders verdient machte sich um die Weiterführung dieser Krankenwartschule Dieffenbach's Schüler Gedicke, der sowohl den theoretischen Unterricht erweiterte als auch den von seinem Lehrer verfassten Leitfaden für die Krankenwartung in umfänglicherer Form als Lehrbuch herausgab. Obwohl die genannten Institute in der Folgezeit segensreich wirkten und die Heranbildung besser vorgebildeter Pflegepersonen erreichten, war ihre Wirksamkeit doch nur eine beschränkte, weil sich auffallend wenig Aspiranten für den Krankenpflegeberuf meldeten, der keine besondere gesellschaftliche Werthschätzung genoss und auch keine Gelegenheit gewährte, eine günstigere materielle Lage zu gewinnen. Infolgedessen machte sich auch der Nachtheil geltend, dass man in damaliger Zeit nnter den sich für die Krankenpflege meldenden Personen keine allzu scharfe Auswahl treffen und an ihren Bildungsgrad keinen sehr hohen Maassstab legen konnte; die Pfleger und Pflegerinnen recrutirten sich fast ausschliesslich aus den unteren Volksschichten. In zahlreichen Krankenanstalten wurde nach wie vor ein Pflegepersonal verwendet, welches überhaupt keine geregelte Ausbildung genossen hatte, und überdies wechselte das Krankenhauspersonal ungemein häufig, weil viele Personen sich in der Krankenpflege nur vorübergehend, gewissermaassen sie nur als Nothbehelf bei sonstiger mangelnder Existenz ansehend, nicht aber sie als dauernden Lebensberuf betrachtend, bethätigten. An mit höherer Allgemeinbildung versehenen und aus besseren Ständen hervorgegangenen Pflegepersonen fehlte es fast vollkommen. Solche fanden sich allein in den geistlichen Brüder- und Schwesterschaften, wie sie durch die katholischen Congregationen und die von Fliedner (1833—36) ins Leben gerufenen Diakonen- und Diakonissen-Anstalten repräsentirt wurden. Obgleich gerade von Seiten der geistlichen Krankenpflege-Genossenschaften die ethischen Momente der Krankenpflegethätigkeit besonders betont und auch in Bezug auf die Erwerbung technischer Kennt-

nisse ärztlichen Einflüssen damals schon mehr Spielraum gegeben wurde als in früheren Zeiten, war doch der Uebelstand nicht zu überwinden, dass die Zahl der vorhandenen ethisch und fachtechnisch besser ausgerüsteten Pflegekräfte eine viel zu geringe war. Einen sehr wesentlichen Fortschritt gewann der Krankenpflege-Unterricht durch die energische Wirksamkeit der Engländerin Ms. Nightingale, welche auf der Basis eifriger Studien im Auslande, darunter auch in Deutschland bei Fliedner in Kaiserswerth, die Ausbildung der Pflegepersonen auf ein erheblich höheres Niveau erhob. Sie machte es sich zur Aufgabe dem Mangel an mit höherer Allgemeinbildung versehenen Pflegekräften, in erster Linie weiblichen, in grösserem Umfange abzuhelfen und bemühte sich mit Erfolg, Mädchen und Frauen für den Krankenpflegeberuf zu gewinnen, welche den besseren Volkskreisen entstammten und in einer guten elterlichen Erziehung und Schulbildung mehr Garantien für die ethische Befähigung zu dem schwierigen Berufe darboten, als die Pflegepersonen älteren Stiles. Gleichzeitig erkannte sie, dass auch die fachlich-technische Ausbildung nach mancher Richtung hin noch einer Vervollkommnung dringend bedürfe. Während man bis zu ihrem Eingreifen das Hauptgewicht bei der Heranbildung von Krankenpflegepersonal auf die theoretische Unterweisung gelegt hatte, und die practische Ausbildung am Krankenbette selbst entweder gar nicht oder nur in beschränkterem Maasse zur Geltung gekommen war, legte sie den Hauptnachdruck auf die practische Schulung und Bethätigung am Krankenbette und wies überzeugend darauf hin, dass man bei Einführung eines längeren, systematisch gegliederten theoretischen und ganz besonders practischen Fachunterrichtes in einer besonderen Pflegerinnenschule, deren Schülerinnen mehrere Jahre hindurch nach bestimmtem Plane für den Pflegeberuf vorgebildet werden, eine erheblich höhere Leistungsfähigkeit der Krankenpflegepersonen erreichen könne. Ein weltliches Pflegepersonal zuerst geschaffen zu haben, welches sowohl an ethischer als technischer Qualität wie auch an gesellschaftlicher Werthschätzung den Angehörigen der geistlichen Verbände nicht nachstand, ist unstreitig ihr ausserordentliches Verdienst; auf ihren Schultern stehen alle späteren Bestrebungen den Krankenpflege-Unterricht und das weltliche Krankenpflegewesen überhaupt zu verbessern und zu vervollkommnen. Florence Nightingale hat nicht nur die Technik der Krankenpflege günstig beeinflusst und gehoben (vgl. ihre bekannten Schriften „Notes on nursing", „Hints on hospitals" u. a.), sondern die auf ihre Veranlassung in London ins Leben gerufene Anstalt zur Ausbildung von Krankenpflegerinnen, die sog. Nightingale-School, welche mit dem St.-Thomas-Hospital, einem der grössten und renommirtesten Krankenhäuser Londons, in Verbindung gesetzt wurde, ist für die späteren Einrichtungen von Krankenpflegeschulen geradezu vorbildlich geworden. Die erfreuliche Folgewirkung der erzielten Vervollkommnung in der Ausbildung von planmässig geschultem Pflegepersonal machte sich nicht nur in England, sondern auch in anderen Ländern, besonders auch in Deutschland, geltend.

Auch in Deutschland wurden, in Anlehnung an das in England erfolgreich durchgeführte Training-System, unter dem Protectorate hochstehender Persönlichkeiten in den grösseren Städten eine Anzahl von gut eingerichteten Krankenpflege-Anstalten begründet, welche in der Hauptsache den Zweck verfolgten, durch mehrjährige practische Schulung in der Krankenhauspflege ein numerisch den Bedürfnissen besser entsprechendes und den ethischen und technischen Anforderungen gerecht werdendes Pflegepersonal zu erziehen. Besonders erfolgreich haben den deutschen Krankenpflege-Unterricht für das berufliche Pflegepersonal gefördert die Pflegerinnenschule des Victoriahauses für Krankenpflege in Berlin, die Pflegerinnenschule des Augustahospitals in Berlin und die von den deutschen Vereinen vom rothen Kreuz begründeten Krankenpflege-Anstalten, welche Institute sich in den letzten Jahrzehnten zu ausserordentlicher Blüthe entwickelt haben. Durch die erfolgreiche Wirksamkeit dieser Krankenpflege-Anstalten, welche sich sämmtlich gleich bei ihrer Begründung des dauernden engen Anschlusses an geeignete Krankenhäuser, in denen nach ordnungsmässigem Plane die practische Ausbildung der Schülerinnen am Krankenbette vor sich gehen konnte, versicherten und damit zugleich auch tüchtige ärztliche Lehrkräfte für den fachwissenschaftlichen Theil des Unterrichts gewannen, wurde der Krankenpflegeberuf in Deutschland in seinem äusseren Ansehen erheblich gefördert, sodass im Gegensatze zu früheren Zeiten sich nunmehr auch Angehörige besserer Volkskreise in grösserer Anzahl bereit fanden, sich der ausübenden Krankenpflege berufsmässig zuzuwenden und in den genannten Anstalten sich durch geordneten Unterricht heranbilden zu lassen. Ebenso wie in England traten nun auch in Deutschland Mädchen und Frauen aus den höheren Ständen, welche ihre natürliche Begabung für die Krankenpflegethätigkeit prädisponirte, in die weltlichen Schwesternverbände ein, welche sich auch von ärztlicher Seite in der Folge dasselbe Ansehen und Vertrauen zu erringen vermochten, das vordem nur den Mitgliedern der geistlichen Krankenpflege-Genossenschaften entgegengebracht wurde. Das neue Schulsystem für berufsmässige Krankenpflegepersonen mit seiner grösseren Betonung der geordneten practischen Ausbildung am Krankenbette, seiner Erweiterung des Lehrpensums und seiner erheblichen Verlängerung der Lehrzeit für die Auszubildenden übte sogar wiederum einen befruchtenden Einfluss auf die aus früheren Zeiten überkommenen Krankenpflege-Genossenschaften und Krankenpflege-Institute aus, indem es dieselben veranlasste, sich mit vermehrter Aufmerksamkeit über alle Fortschritte der technisch-wissenschaftlichen Krankenpflege zu informiren und ebenfalls die fachliche Ausbildung in höherem Maasse ins Auge zu fassen. In dieser Hinsicht kommen in erster Linie die katholischen Krankenpflege-Vereinigungen und die Diakonen- und Diakonissen-Anstalten in Betracht, deren innere Organisation ja mit derjenigen der von englischen Vorbildern mehr oder weniger beeinflussten modernen deutschen weltlichen Krankenpflegerinnenschulen mannigfache Berührungspunkte beibehalten hatte, welche vor Allem in der sog. Mutterhaus-Verfassung und dem

dauernden engen Connex auch der fertig geschulten Mitglieder untereinander und mit der Ausbildungsstätte zur Perception kommt. Und selbst diejenigen Krankenpflege-Schulen, welche sich aus älterer Zeit im Anschluss an einige grosse allgemeine Krankenhäuser zum Zwecke der Ausbildung von „Wärtern" und „Wärterinnen" erhalten und daher von dem Einflusse der genossenschaftlichen Organisationen unabhängig entwickelt hatten, wurden nunmehr veranlasst den reformatorischen Bestrebungen auf dem Gebiete des Krankenpflege-Unterrichts Rechnung zu tragen, den Umfang des Unterrichtspensums zu erweitern und die Lehrzeit zu verlängern. Die immer allgemeineren Boden findende Anschauung, dass weibliche Pflegekräfte als die vorzüglichsten zu betrachten seien, brachte es mit sich, dass fast die gesammten neueren Bestrebungen zur Weiterentwickelung des Krankenpflege-Unterrichts sich auf die geordnete Heranbildung berufsmässiger Krankenpflegerinnen concentrirten, während die Förderung des Unterrichts für männliche Pflegepersonen ganz in den Hintergrund gedrängt wurde; die Ausbildung männlicher Pflegekräfte beschränkte sich allein auf die Zöglinge der barmherzigen Bruder-Orden und der Diakonen-Anstalten sowie auf die in den Wärterschulen unterrichteten Personen. Bei allen Erfolgen aber, welche die modernen Pflegerinnen-Schulen erzielt haben, und bei allen Vervollkommnungen, welche der Krankenpflege-Unterricht im Bereiche dieser Institute erfahren hat, muss doch an der Thatsache festgehalten werden, dass die männlichen Krankenpflegepersonen aus wissenschaftlichen Gründen keineswegs gänzlich entbehrt werden können, wie dies oben näher auseindergesetzt wurde, und in dieser Thatsache liegt nicht nur die Berechtigung, sondern auch die nothwendige Aufgabe begründet auch für das Vorhandensein solcher Lehrstätten in ausreichendem Maasse Sorge zu tragen, in denen auch die Heranbildung männlicher Pflegepersonen berücksichtigt wird. Es erscheint daher geboten darauf hinzuweisen, dass auch die sog. Krankenwärterschulen sehr wohl im Stande sind ein den modernen Anforderungen entsprechendes Pflegepersonal zu erziehen, wofern sie nur in genügender Anzahl vorhanden sind und über Lehrkräfte verfügen, welche den Fortschritten der neueren Krankenpflegetechnik aufmerksam gefolgt sind. Die bedeutendste Unterrichts-Anstalt für „freie, nicht genossenschaftliche" Pflegepersonen, welche Deutschland besitzt, ist die bereits erwähnte königl. Krankenwartschule im Charitékrankenhause zu Berlin, welches Institut sowohl männliche als weibliche Pflegekräfte ausbildet und sich trotz des Anwachsens genossenschaftlicher Ausbildungsstätten bis auf unsere Tage leistungsfähig erhalten hat. Naturgemäss hat sich auch an dieser Anstalt, welche ihre ursprüngliche Organisation in mancher Beziehung gewahrt hat, der Umfang des Unterrichts allmählich bedeutend erweitert und ihre Lehrer Gedicke, Ravoth, Riebel, Salzwedel haben sich eifrig bemüht den Schülern und Schülerinnen des Instituts, welchen für die practische Ausbildung das grösste allgemeine deutsche Krankenhaus zur Verfügung steht, durch Wort und Schrift die medicinisch-technischen Errungenschaften auf dem Gebiete

der Krankenpflege zu vermitteln. Unter diesen Errungenschaften sind an erster Stelle die Fortschritte zu nennen, welche das gesammte Krankenpflegewesen durch die Einführung der antiseptischen Methoden gewonnen hat und sodann die therapeutischen Vervollkommnungen in technisch-wissenschaftlicher Hinsicht, wie sie durch den Aufschwung des modernen Krankencomforts repräsentirt werden. Eine zweite ähnlich organisirte Krankenwartschule war bis vor Kurzem in Breslau vorhanden, ist jedoch in letzter Zeit eingegangen. Ferner bilden eine Anzahl städtischer und provinzialer Irrenanstalten nicht-genossenschaftliches männliches und weibliches Pflegepersonal aus und ertheilen ihm einen allerdings vorzugsweise die Irrenpflege berücksichtigenden geordneten theoretischen und practischen Unterricht, der in den Händen erfahrener Aerzte liegt. Dass die genossenschaftliche Krankenpflege, wie sie durch die aus den Ausbildungsanstalten der geistlichen und weltlichen Organisationen hervorgehenden Pflegerinnen dargestellt wird, gegenwärtig noch auf einem durchschnittlich höheren Niveau der Leistungsfähigkeit und in grösserem Ansehen sich befindet, verdankt sie hauptsächlich dem Umstande, dass das den Verbänden sich darbietende Schülerinnen-Material sich im Allgemeinen aus gebildeteren Elementen zusammensetzt als das Schüler- und Schülerinnen-Material, welches sich dem Krankenpflege-Unterricht in den Krankenwartschulen und in denjenigen Krankenanstalten darbietet, welche kein Genossenschaftspersonal anstellen. Es sind jedoch in den letzten Jahren sehr bemerkenswerthe, erfolgreiche Bestrebungen von ärztlicher Seite zu verzeichnen, welche bezwecken durch geeignete Maassnahmen auch die Leistungsfähigkeit und das berufliche Ansehen der nicht-genossenschaftlichen Pflegekräfte zu heben und auch den ausserhalb der genossenschaftlichen Verbände stehenden Pflegepersonen in erhöhtem Maasse Gelegenheit zu bieten sich gute Fachkenntnisse in systematisch geordnetem Unterricht anzueignen, gleichzeitig aber durch Selbsterziehung an der Förderung ihrer allgemeinen Bildung und ihres Verständnisses für die höheren Aufgaben des Krankenpflegeberufes mitzuwirken. Somit dürfte in nicht zu ferner Zeit der vom ärztlichen Standpunkt ausserordentlich wünschenswerthe Zustand eintreten, dass das gesammte Krankenpflegepersonal, dessen sich der Arzt sowohl in der Hospital- als Privatpflege zu seiner Unterstützung bedient, im ganzen Lande ein einigermaassen gleichmässiges Niveau der ethischen wie technischen Ausbildung erreicht. Ein derartiger Ausgleich der in Frage kommenden Contingente hinsichtlich der beruflichen Leistungsfähigkeit scheint in der Gegenwart umso eher möglich, weil sich in den letzten Jahren die Anschauungen über die an das berufsmässige Pflegepersonal zu stellenden Anforderungen in den Fachkreisen mehr und mehr geklärt und einander genähert haben, sodass bereits inbezug auf die wichtigsten Unterrichts-Fragen eine ziemlich grosse Uebereinstimmung eingetreten ist. Besonders bemerkenswerth ist hierbei der Umstand, dass der ärztliche Einfluss auf die Ausbildung berufsmässiger Krankenpflegepersonen in der letzten Zeit in sehr erheblichem Maasse zugenommen hat, und

zwar nicht nur bei den weltlichen, sondern auch bei den geistlichen Krankenpflege-Organisationen. Gerade in diesem Umstande dürfte ein sehr erfreulicher Fortschritt zu erblicken sein, da in ihm die beste Gewähr dafür zu erblicken ist, dass alle Neuerungen auf dem Gebiete der technisch-wissenschaftlichen Krankenpflege, deren thatkräftige Förderung sich die Aerzte heutzutage mehr angelegen sein lassen als in früheren Zeiten, den Krankenpflegepersonen beim Unterricht in ausgiebiger und umfassender Weise vorgeführt werden und somit in der That ein auf der Höhe der Zeit stehendes Hilfspersonal herangebildet wird. Ein fernerer grosser Fortschritt für den Krankenpflege-Unterricht ist darin zu finden, dass die Art der Ausbildung für die verschiedenen geistlichen und weltlichen, confessionellen und interconfessionellen, für die männlichen und weiblichen Pflege-Contigente nunmehr eine einheitlichere und gleichmässigere sein kann, nachdem die wesentlichsten Fragen, die sich auf die Gestaltung des Krankenpflege-Unterrichts beziehen, eingehender von sachverständiger Seite discutirt und einer befriedigenden Lösung nahegebracht worden sind. Sowohl hinsichtlich der Nothwendigkeit eines planmässig geordneten Krankenpflege-Unterrichts überhaupt, als auch der Abgrenzung des Lehrpensums für den theoretischen wie für den practischen Theil desselben, hinsichtlich der ärztlichen Mitwirkung an der Ausbildung, der Methodik des Unterrichts, der Dauer desselben, der Fortbildung der fertig geschulten Kräfte herrscht bereits eine weitgehende Uebereinstimmung, welche auf die weitere Entwickelung des für das Wohl der Bevölkerung so ausserordentlich wichtigen Krankenpflegewesens zweifellos sehr förderlich einwirken wird.

### b) Der Umfang des Lehrpensums.

Nächst der Stabilirung der Erkenntniss, dass eine geeignete Ausübung berufsmässiger Krankenpflegethätigkeit nur möglich ist seitens solcher Personen, welche einen geordneten, systematisch-gegliederten und dem wissenschaftlichen Niveau der Krankenpflege entsprechenden Fachunterricht genossen haben, macht sich als wichtigste principielle Frage für den Krankenpflege-Unterricht eine Untersuchung darüber nothwendig, welche Gesichtspunkte für die Umgrenzung des fachlichen Unterrichts als die zutreffenden hingestellt werden können. Der Fachunterricht verfolgt den Zweck die Pflegeschüler resp. Pflegeschülerinnen zu brauchbaren und tüchtigen Gehilfen des Arztes zu machen und sie dahin zu bringen, dass sie die Krankenpflegethätigkeit, sowohl, soweit sie sich als eine directe manuelle Handreichung für den am Krankenbette weilenden Arzt als auch als eine die Krankenbehandlung ergänzende Fürsorge für den Kranken in Abwesenheit des Arztes darstellt, in einer den erhöhten Anforderungen der Gegenwart entsprechenden Weise ausüben können. Dieses Ziel lässt sich nur durch die Verbindung ausreichender theoretischer Belehrung mit systematischem Lehrgange und ausreichend langer practischer Bethätigung am Krankenbette selbst erreichen.

Was zunächst den theoretischen Theil des Krankenpflege-Unterrichts anlangt, so hat er die Aufgabe, das theoretische Fachwissen der Schüler und Schülerinnen auf eine geeignete Stufe zu erheben. Bei der erhöhten Werthschätzung, welche in letzter Zeit einer möglichst gründlichen practischen Durchbildung der Pflegepersonen am Krankenbette zu Theil geworden ist, könnte es scheinen, dass der sorgsamen theoretischen Unterweisung der Krankenpflegepersonen eine geringere Bedeutung beizumessen ist; es könnte sogar angenommen werden, dass bei recht langer practischer Thätigkeit ein besonderer theoretischer Unterricht vollkommen entbehrt werden könnte. Aber eine derartige Auffassung könnte sicherlich nicht als richtig bezeichnet werden; denn auch der theoretische Unterricht ist in mannigfacher Hinsicht von grosser Wichtigkeit und bedarf einer gerechten Würdigung. So wenig es genügen würde, um ein wirklich berufstüchtiges Krankenpflegepersonal, das hohen Anforderungen gewachsen ist, heranzubilden, wenn man sich hierbei auf das Halten noch so eingehender theoretischer Vorträge und Vorlesungskurse beschränken wollte, so wenig darf es den Anschein gewinnen, als ob der theoretische Unterricht in den modernen Krankenpflege-Schulen nur als etwas Nebensächliches, Unwesentliches, vielleicht gar Ueberflüssiges zu betrachten sei. Vielmehr muss auch hier, wie im Leben überhaupt und insbesondere im Unterrichtswesen, Theorie und Praxis neben einander zur Geltung kommen und sich mit einander verbinden, um eine möglichst hohe Stufe der Fähigkeiten zu erreichen. Und gerade in den Krankenpflege-Schulen, welche doch ausnahmslos zu grösseren Krankenanstalten in enger Beziehung stehen, lässt sich das Hand in Hand-Gehen der theoretischen und practischen Schulung ohne besondere Schwierigkeiten erzielen.

In Anerkennung der Thatsache, dass die Qualität der personellen Krankenwartung von sehr wesentlichem Einfluss auf die Erfolge der gesammten Krankenbehandlung ist, betrachtet man es als äusserst wünschenswerth, dass den ausübenden Krankenpflegern und Krankenpflegerinnen ein möglichst hoher Grad technischer Schulung und ethischer Berufsauffassung innewohne. Mit vollem Rechte hält man daher sowohl das Vorhandensein tüchtiger Fachkenntnisse und practischer Berufserfahrungen, als auch eine erheblichere Würdigung der idealeren Berufsinteressen für die nothwendige Vorbedingung einer zweckentsprechenden Ausübung des Krankendienstes. Aber man muss sich dabei bewusst sein, dass diese Vorbedingungen schwierig zu erfüllen sind, und dass es daher stets einer ziemlich langen und sorgsamen Vorbereitung für den zukünftigen Beruf bei denjenigen Personen bedarf, welche beabsichtigen sich dauernd der Wartung körperlich und psychisch hilfsbedürftiger Menschen zu widmen. Diese Vorbereitung muss naturgemäss nach doppelter Richtung hin vor sich gehen; sie zerfällt in die technische und die moralische Erziehung der angehenden Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen. Der Krankenpflegeberuf nimmt hierin keineswegs eine singuläre Sonderstellung ein; eine derartige auf ein

zwiefaches Ziel gerichtete Berufserziehung ist vielmehr überhaupt für alle solche Berufsarten erforderlich, welche eine höhere persönliche Verantwortung in sich schliessen und ihre Angehörigen auf eine höhere gesellschaftliche Achtung Anspruch erheben lassen als auf ein Anrecht, das den vermehrten und erschwerten Berufspflichten entspringt und die Waage hält. Wenn verlangt wird, dass man jedem Mitgliede eines bestimmten Berufes oder Standes von vornherein einen sehr hohen Grad persönlichen Vertrauens entgegenbringe, wie es ja stets der Fall ist, wo ein Kranker unter die Obhut der Pflegeperson gestellt wird, nur aus dem einzigen Grunde, weil diese Person berufsmässig die Krankenpflege betreibt, so ist es auch nothwendig, dass durch eine geeignete Handhabung der Vorbildung für den Beruf im weitesten Umfange die Gewähr dafür geschaffen wird, dass die betreffende Person die moralischen und die technischen Eigenschaften auch wirklich besitzt, deren Vorhandensein allein sie des erforderlichen Vertrauens würdig machen kann. Besonders naheliegend ist auch hier der Vergleich mit dem ärztlichen Berufe. Es würde keineswegs genügen, wollte man sich darauf beschränken, dem zukünftigen Arzte nur das erforderliche Maass fachwissenschaftlicher und fachtechnischer Kenntnisse auf den Lebensweg mitzugeben, vielmehr ist es von ausserordentlicher Wichtigkeit, dass der angehende Arzt in gleichem Maasse auch über die Berufs- und Standespflichten belehrt wird, welche er später zu erfüllen hat. Ein solcher Unterricht in der „Pflichtenlehre“ (Deontologie) des Berufes muss ziemlich frühzeitig stattfinden, nachdem der Eintritt in die Lehrzeit erfolgt ist, also, um bei dem herangezogenen Vergleiche zu bleiben, für die Medicinstudirenden an einem nicht zu späten Zeitpunkte ihrer Universitätsjahre. Durch berufsethische Vorlesungen lässt es sich ermöglichen, dass dem Lernenden gleich an der Schwelle der zu betretenden Bahn geeignete und richtige Anschauungen in Bezug auf den erwählten Beruf vermittelt werden. Es leuchtet ein, dass ein frühzeitiger Hinweis auf die Berufspflichten und eine eingehende Darlegung derselben in mehrfacher Hinsicht sehr günstig einwirken muss. Erstens trägt er dazu bei, die Berufsauffassung gleich von vornherein idealer, vollkommener, weitblickender zu gestalten. Der Ernst des in Frage kommenden Berufes wird frühzeitig vor die Seele geführt und damit zugleich vielfach auch der Eifer in Aneignung des nothwendigen Wissens und rein technischen Könnens erhöht. Sodann aber kann es auch nicht ausbleiben, dass eine im Beginne der beruflichen Schulung vorgenommene Unterweisung in den Verpflichtungen ethischen Charakters, welche der Zugehörigkeit zu dem betreffenden Berufe entspringen, eine directe Veranlassung bietet, dass diejenigen Personen, welche zur Uebernahme dieser gesammten Pflichten und Verantwortlichkeiten nicht geneigt, d. h. zur Ausübung derartiger Berufsthätigkeit ungeeignet sind, bald wieder den aus ungenügender Bekanntschaft mit seinem eigentlichen Wesen erwählten Beruf aufgeben. Somit ergeben sich jedenfalls zwei greifbare Vortheile:

erstens wird die Vorbildung und damit die Leistungsfähigkeit der zur practischen Ausübung gelangenden Personen wesentlich verbessert, zweitens werden weniger taugliche Personen dem Berufe ferngehalten. Beide Umstände aber können nur dazu dienen, den ganzen Stand zu heben. Die vorstehenden Ausführungen haben ihre volle Bedeutung auch für den Krankenpflegeberuf, welcher durch eine besonders grosse Anzahl schwer zu erfüllender Pflichten und Verantwortlichkeiten, wie wir sie weiter oben eingehender geschildert haben, ausgezeichnet ist. Auch für den Krankenpflege-Unterricht für berufsmässige Pflegepersonen muss daher schon im Beginne der gesammten fachlichen Vorbildung eine eingehende theoretische Belehrung über die besonderen Berufspflichten gefordert werden. Eine dieses Gebiet der Krankenpflege-Ethik betreffende Unterweisung wird mit Nothwendigkeit den ersten Theil des theoretischen Krankenpflege-Unterrichts bilden müssen, auf welche unter keinen Umständen Verzicht geleistet werden kann. Es wurde bereits berührt, dass das Vorhandensein einer gewissen, nicht eben häufigen, natürlichen Veranlagung für den Krankenpflegeberuf von zweifellos grösserer Bedeutung für die Eignung zur Ausübung desselben ist, als die Stufe der „allgemeinen Bildung“ in dem Sinne, wie dieser Ausdruck oft gebraucht wird, und dass sich durch eine geordnete und gründliche Fachschulung in der Krankenpflege zwar Vieles, aber doch nicht Alles erlernen lässt, worin der Pflegeberuf den künstlerischen Berufsarten, wie dem Berufe des Malers oder Bildhauers, ähnelt. Gerade für solche Personen nun, welche nicht von vornherein für den Krankenpflegeberuf „wie geschaffen“ sind, aber doch den guten Willen und den nöthigen Eifer mitbringen, um etwas Tüchtiges zu lernen, ist der gleich beim Eintritt in die Lehr-Zeit ertheilte theoretische Unterricht von grossem Werth und von nachhaltigem Einfluss; derselbe vermag auf die gesammte Gedankenrichtung und Lebensanschauung der Pflegeschüler und Pflegeschülerinnen bestimmend einzuwirken und sie für den neuen Beruf mit allen seinen Freuden und Leiden zweckmässig vorzubereiten. Wird bei dem theoretischen Unterricht genügende Rücksicht auf die ausführliche und ins Einzelne gehende Darlegung der gesammten Pflichtenlehre des Krankenpflegeberufes genommen, so wird die hierdurch erzielte ethische Erziehung für den speciellen Beruf sich um Vieles wirksamer für die Gestaltung der Berufsauffassung erweisen als die in den Jugendjahren erworbene höhere Schulbildung. Allerdings ist es erforderlich, dass für diese erziehliche Belehrung eine entsprechende Zeit aufgewendet wird. Sie darf nicht mit wenigen, den theoretischen Unterricht einleitenden Bemerkungen, nicht mit einem einzigen Vortrage abgethan werden, sondern die zahlreichen sich ergebenden allgemeinen Gesichtspunkte und Berufsfragen ethischer Natur müssen in einer besonderen Reihe von Vorträgen für sich eingehend besprochen und abgehandelt werden. Es genügt nicht, nur kurz die für die Krankenpflegepersonen nothwendigen Charaktereigenschaften aufzuzählen und daran anknüpfend einige gute Lehren zu geben, sondern es

ist nothwendig, die Beziehungen der Krankenpflegepersonen zur Aussenwelt, zu den Berufsgenossen, zu den Vorgesetzten (Aerzte, Oberinnen), zu dem sonstigen Krankenhauspersonal, zu den Angehörigen des Kranken etc., insbesondere aber die Beziehungen zu dem Kranken selbst, die ihm gegenüber erwachsenden Verantwortlichkeiten, sowie die allgemeinen Grundsätze über den Umgang mit kranken Menschen ausführlich im Zusammenhang darzustellen. Dem Einwande gegenüber, ob es nicht zweckmässiger sei, wenn die Kunst des Umganges mit Kranken allmählich aus der Praxis heraus erlernt würde und ob die alleinige Erziehung durch practische Erfahrung in der Berufsausübung nicht ausreichen könne, ist zu bemerken, dass es einmal doch wohl richtiger ist, Jemandem, den man für einen besonders verantwortungsvollen Beruf ausbilden will, gleich von Anfang an den richtigen Weg zu weisen, als ihn erst durch zahlreiche Verfehlungen auf Kosten der Kranken klug werden zu lassen; sodann aber gewinnt auch die Darstellung gerade des Gebietes der Krankenpflege-Ethik sehr an Eindrucksfähigkeit und geht viel eher zu Verständniss, wenn sie im Zusammenhange und in systematischer Gliederung vorgetragen wird. Jemandem, dem Gelegenheit geboten wird, in schneller Folge den ganzen Bereich seines Berufes mit allen seinen Anforderungen in ethischer, physischer, intellectueller und technischer Hinsicht zu überblicken, wird die richtige Vorstellung und Auffassung seiner Aufgaben wesentlich erleichtert. In dieser Thatsache liegt die Hauptbedeutung des theoretischen Krankenpflege-Unterrichts überhaupt (vgl. P. Jacobsohn, Ueber den theoretischen Unterricht in Krankenpflege-Schulen. Deutsche Krankenpfl.-Ztg. 1898. pag. 6).

Der zweite Theil des theoretischen Krankenpflege-Unterrichts umfasst die Belehrung über die grundlegendsten Thatsachen aus dem Gebiete der medicinisch-naturwissenschaftlichen Hilfsfächer, deren Aneignung als Vorbedingung für ein richtiges Verständniss und eine geeignete Handhabung der weiterhin zu erlernenden, für die Ausübung des Krankenpflegeberufes erforderlichen technischen Fertigkeiten anzusehen ist. Dieser Theil des theoretischen Unterrichts muss gleichfalls in der allerersten Zeit der Fachschulung stattfinden, da eine irgendwie erspriessliche practische Bethätigung am Krankenbette sich nicht denken lässt ohne das Vorhandensein der hier dargebotenen elementaren Vorkenntnisse. Wie Jemand, der es unternimmt, kranke Menschen ärztlich zu behandeln, ohne sich zuvor durch Erledigung eines geregelten medicinischen Bildungsganges die erforderlichen wissenschaftlichen Vorkenntnisse und Grundanschauungen angeeignet zu haben, stets ein des allgemeinen Vertrauens unwerther Stümper und Kurpfuscher bleiben wird, so wird auch ein Krankenpfleger oder eine Krankenpflegerin die ihr zufallenden Aufgaben nur in sehr unvollkommener und wenig zufriedenstellender Weise erfüllen können, wenn die für die Krankenpflege wichtigsten Kenntnisse aus der Anatomie und Physiologie, sowie die Unterweisung in den Grundzügen der Krankenbeobachtung und allgemeinen Symptomatologie fehlen. Leider hat man noch immer mit der Thatsache

zu rechnen, dass die sich der Krankenpflege widmenden Personen, wenn sie in die Lehr-Zeit eintreten, von dem groben anatomischen Aufbau des menschlichen Körpers und den wichtigsten Lebensfunctionen desselben entweder gar keine oder doch nur sehr mangelhafte und vielfach irrige Vorstellungen haben, gleichviel ob sie aus einfachen oder gebildeteren Kreisen stammen. Der Grund hierfür liegt darin, dass dem Elementar-Unterricht in der Anatomie und Physiologie in den öffentlichen Schulanstalten häufig noch keine hinreichende Beachtung zu Theil wird, und man bisweilen noch der unzutreffenden Ansicht begegnet, dass naturwissenschaftliche Kenntnisse kein nothwendiger Bestandtheil der allgemeinen Bildung seien. Ist es aber schon sehr zu beklagen, insbesondere auch vom ärztlichen und hygienischen Standpunkte, wenn die Jugend heranwächst, ohne mit den für die Erhaltung der Gesundheit nothwendigsten Vorkenntnissen in der Anatomie, Physiologie und Hygiene ausgerüstet zu werden, so ist für diejenigen Personen, welche durch ihren künftigen Beruf in die Lage versetzt werden, dauernd zu kranken Menschen in Beziehung zu treten, eine elementare medicinisch-naturwissenschaftliche Vorbildung ein unabweisbares Bedürfniss und in keiner Weise zu umgehen. Eine diesbezügliche Unterweisung gehört demnach zu den nothwendigen Aufgaben des theoretischen Unterrichts in allen Krankenpflege-Schulen. Aber es erscheint andererseits geboten zu betonen, dass, so nothwendig ein derartiger elementarer wissenschaftlicher Unterricht in der Anatomie, Physiologie, allgemeinen Symptomatologie etc. für die angehenden Krankenpflegepersonen ist, es doch als unrichtig bezeichnet werden müsste, wollte man sich bei der Unterweisung in diesen Hilfsfächern nicht auf die Vorführung der wirklich fundamentalen Thatsachen und des zu einer gedeihlichen Ausübung der personellen Krankenwartung unbedingt Erforderlichen beschränken, sondern einen besonderen Ehrgeiz darin suchen, vor den Schülern und Schülerinnen eine möglichst grosse Summe medicinischer Weisheit auszukramen und ihnen eine Fülle verwirrender, halb verstandener und für die erfolgreiche Bethätigung im Krankenpflegeberuf überflüssiger medicinischer Brocken einzudrillen, blos um hernach mit dem hohen Wissensstandpunkt der Schüler glänzen zu können. Die mannigfachen erheblichen Nachtheile einer das Ziel überholenden Ueberausbildung der Krankenpflegepersonen in medicinischen Dingen würden sich bald deutlich zeigen. Eine Pflegeperson, welche die Ueberzeugung gewonnen hat, dass sie „etwas von der Medicin versteht“, wird in demselben Augenblicke für die Ausübung ihres eigentlichen Berufes ungeeignet; denn diese Ueberzeugung wird sie leicht dazu veranlassen, in ärztlichen Fragen mitsprechen zu wollen und damit die ihr zukommenden Befugnisse zu überschreiten. Wenn jemand in sich den Drang fühlt und sich die nöthigen intellectuellen Fähigkeiten zutraut, sich ein ausgebreiteteres medicinisches Wissen anzueignen, so wäre dem Betreffenden eher anzurathen, sich auf ein ordnungsgemässes Studium der Heilkunde zu verlegen und den Eintritt in den ärztlichen Beruf zu erstreben, als in der practischen Ausübung der Krankenpflege seinen

Lebenszweck zu suchen, denn sonst könnte es sich leicht ereignen, dass er sein Lebtag weder ein guter Arzt noch ein guter Krankenpfleger werden wird. Eine Ueberlastung der Lehrpfleger und Lehrpflegerinnen mit dem Ballast eines medicinischen Halbwissens würde sie unfehlbar verwirren und von dem für sie wirklich Wichtigen und Nothwendigen ablenken; ferner aber ist auch der Schaden zu bedenken, welcher den Kranken selbst durch unzweckmässige Maassnahmen, die einem unzureichenden Sachverständniss seitens des seinen Verantwortungsbereich überschreitenden Pflegepersonals entspringen, zugefügt werden kann. Und schliesslich giebt es gerade auf medicinischem Gebiete bereits Pfuscher und Stümper aller Art genug. Wie wichtig es indessen ist, dass die Krankenpflegepersonen eine zutreffende Vorstellung von dem Aufbau des Körpers und dem Ablauf der hauptsächlichsten Lebensfunctionen beim gesunden Menschen gewinnen, zeigt folgendes Beispiel. Es ist eine auffallende, aber durch reichliche Erfahrung bekräftigte Thatsache, dass ausserordentlich viele Menschen — auch in den Kreisen „gebildeter Damen" findet man solche nicht selten — sich in ihrem Leben niemals die Mühe genommen haben, sich über Begriffe wie „Hals, Kehle, Schlund, Rachen" klar zu werden, welche Worte häufig in völlig gleichbedeutendem Sinne angewendet werden. Der Hals erscheint diesen Unkundigen vielfach als ein mehr oder weniger weites Rohr, durch welches Luft, Flüssigkeiten, Speisen, bunt durch einander dem Körper einverleibt werden. Von den so wichtigen Beziehungen der Luftröhre und der Speiseröhre zu einander und von deren anatomischer Lage finden sich oft kaum die Spuren einer richtigen Vorstellung. Und wie unerlässlich und nothwendig ist eine zutreffende Anschauung über die diesbezüglichen topographisch-anatomischen Verhältnisse für die Krankenpflegepersonen z. B. bei der Ernährung schwerkranker und benommener Personen oder bei den Anforderungen einer Narcose! Beim Unterricht in der Anatomie wird es sich daher hauptsächlich darum handeln, zunächst ein Bild von dem gröberen Aufbau des Körpers nach seinen äusseren Formen zu geben und dann eine Beschreibung der einzelnen Körperhöhlen und ihres Inhaltes anzuschliessen. Schliesslich bilden die verschiedenen Organsysteme, im Zusammenhange nach der physiologischen Bedeutung betrachtet, einen Gegenstand des Unterrichts, an den sich die fundamentale physiologische Belehrung ungezwungen anschliesst. Das Pflegepersonal soll im Stande sein, mit Genauigkeit die Stelle zu bezeichnen, wo z. B. der Magen, die Nieren oder die Blase liegt; über das Verhältniss der Luftröhre zur Lunge, über die Harnseceretion und Aehnliches müssen klare Anschauungen vermittelt werden. Richtige Vorstellungen vom Knochenbau des Körpers, von der Verbindung der Knochen mit einander, den Beziehungen zu Muskeln und Gelenken sind gerade für die Krankenpflege sehr wesentlich z. B. bei Knochenbrüchen und Verrenkungen, wo dem Kranken viele Schmerzen erspart werden können, wenn der erste Verband und der Transport des Verletzten von sachkundiger Hand ausgeführt wird.

Da die ersten Krankheitssymptome, deren rechtzeitige Wahrnehmung Aufgabe des Pflegepersonals ist, das den Arzt aufmerksam macht, meist in Schmerzen bestehen und es wesentlich ist, den Sitz dieser Schmerzen genau zu lokalisiren, so ist es von erheblichem Vortheil für den Kranken, wenn das Pflegepersonal einigermaassen mit der Lage der einzelnen Organe vertraut ist. Hierzu bedarf es eines genau eingetheilten, sorgfältigen Unterrichts (vgl. Benninghoven, der Unterricht des Krankenpflegepersonals in der Anatomie. Deutsche Krankenpfl.-Ztg. 1899. pag. 65). Von besonderem Werth ist schliesslich für die Krankenpflegepersonen die Kenntniss der Entleerungen und Ausscheidungen des gesunden Menschen, um die Abweichungen beim Kranken wahrnehmen zu können.

Aber es ist nicht nur unbedingt erforderlich, dass die lernenden Krankenpflegepersonen über die Beschaffenheit des gesunden Körpers und die einfachsten Lebenserscheinungen an ihm belehrt werden, sondern sie müssen auch wissen, auf welche Verhältnisse es bei der Krankenbeobachtung in besonderem Maasse ankommt. Denn abgesehen von der hilfreichen Bethätigung am Krankenbette, der eigentlichen sorgsamen Pflege der Kranken, fällt den ausübenden Krankenpflegern und Krankenpflegerinnen als ein wichtiger Theil ihrer Aufgaben auch die Beaufsichtigung und Beobachtung der Kranken während der Abwesenheit des die gesammte Krankenbehandlung leitenden Arztes zu. Die Berufspfleger sollen die Fähigkeit haben, alle wichtigeren Veränderungen im Befinden des Kranken rechtzeitig wahrzunehmen und dem Arzt, wenn er seinen Krankenbesuch wiederholt, in treffender, klarer und bestimmter Weise ihre Beobachtungen zu berichten, um ihn auch in dieser Beziehung zweckentsprechend zu unterstützen. Sie sollen bei plötzlicher Gefahr für das Leben des Kranken nicht nur im Stande sein, die ersten nothwendigen Maassnahmen bis zur Ankunft des Arztes kunstgerecht zu treffen, sondern sie müssen auch vor Allem in der Lage sein, die Gefahr, in welcher der Kranke schwebt, zu erkennen und die sofortige Inanspruchnahme des Arztes zu veranlassen. Dieser Aufgabe der Krankenbeobachtung können sie aber nur dann genügen, wenn sie gelernt haben, auf welche Vorgänge und Erscheinungen am kranken Körper sie vorzugsweise ihre Aufmerksamkeit zu richten haben. Somit ergiebt sich als unabweisbare Forderung für den theoretischen Krankenpflege-Unterricht die zusammenhängende Vorführung der Grundzüge der Krankenbeobachtung und der allgemeinen Symptomenlehre. Doch auch hierbei ist es nicht überflüssig hervorzuheben, dass in den Vorträgen über die Beobachtung der Kranken lediglich das zur Darstellung gelangen soll, was für die Zwecke einer guten Krankenabwartung in Abwesenheit des Arztes ausreicht. Die Krankenpflegepersonen sollen nicht lernen, selbstständig „Diagnosen" zu stellen; dies ist Sache des Arztes; sie sollen ihn nur in der richtigen Beurtheilung von Krankheit und Krankheitsverlauf dadurch unterstützen, dass sie ihm wahrheitsgetreu ihre thatsächlichen Wahrnehmungen melden. Nun wird freilich die Fähigkeit, Kranke in geeigneter Weise zu beob-

achten, naturgemäss zum wesentlichsten Theile durch die practische Bethätigung am Krankenbette selbst erworben; dem theoretischen Unterricht verbleibt indess nach wie vor die Aufgabe, den Schülern ein Gesammtbild alles dessen zu entwerfen, worauf sie hinsichtlich der Krankenbeobachtung in ihrem späteren Berufe ständig zu achten haben werden. Vor Allem kommt es darauf an, die Pflegepersonen dazu anzuleiten, dass sie überhaupt Vieles sehen, viele Abweichungen vom Normalen bemerken lernen, die dem ungeübten Auge des unvorbereiteten Laien gewöhnlich entgehen. Freilich wird gerade in Bezug hierauf der practische Unterricht am Krankenbette sich wirksamer erweisen können als die theoretische Unterweisung. Dennoch aber hat auch diese ihr Gutes, indem sie in vollständiger und systematischer Weise über alle Punkte Belehrung bietet, welche bei jedem Kranken ohne Ausnahme zu beobachten sind und über welche dem Arzte sorgfältig Bericht erstattet werden muss. In neuerer Zeit haben besonders J. Lazarus (vgl. Handbuch f. Krankenpflegerinnen. Berlin 1897. Springer. pag. 88) und E. Aufrecht (Anleitung zur Krankenpflege 1898. Wien. Hölder. pag. 32) die Wichtigkeit eines eingehenderen theoretischen Unterrichts über Krankenbeobachtung hervorgehoben. „Sehen", sagt der erstere Autor, „kann jeder Mensch, der gesunde Augen hat, aber mit Verstand sehen, mit Ueberlegung das Gesehene auffassen und es richtig mit Worten wiederzugeben, das ist recht schwierig und will gelernt sein. Wenn sich die Pflegeperson die Kenntniss des gesunden Körpers angeeignet hat, dann übe sie sich zunächst an sich selber das Gelernte zu befestigen: sich über die Lage der Organe, über ihre Functionen an sich selbst zu vergewissern und das Alles genau zu beobachten. Wenn sie etwas beschreiben soll, so werden ihr anfangs die bestimmten Bezeichnungen fehlen, und sie thut dann gut, passende Vergleiche zu wählen z. B. es ist etwas so hart wie Eisen, so weich wie Butter, so kalt wie Eis, so rund wie eine Kugel oder ein Ei, so höckerig wie eine Himbeere, so gross wie ein Kirschkern oder eine Billardkugel u. s. w. Sie soll ferner angeleitet werden zu berichten, was einem Geschehniss beim Kranken vorhergegangen ist, und sich stets schriftliche Notizen zu machen". Bei der theoretischen Anweisung zur Krankenbeobachtung kommen zur Schilderung die häufigsten Formveränderungen am Körper, die Verhältnisse des Schlafes, die Beschaffenheit der Haut, des Mundes, der Athmung, des Auswurfs, die Verhältnisse der Verdauung (Appetit, Durst, Erbrechen, Aufstossen, Blähungen, Stuhlgang, krankhafte Beimengungen des Harns und Kothes), ferner krankhafte Secretionen aus Körperöffnungen, die Verhältnisse des Gefässapparates (Puls, Herzthätigkeit), der Körpertemperatur (Fieber, Hauttemperatur), die Beschaffenheit der Sinnesorgane (Blick, Seh- und Hörvermögen, Geruch, Geschmack, Denken, Fühlen, Bewegung, Schmerz) etc. Eine Belehrung über die einfachsten Methoden der Messung und Untersuchung am Kranken (Pulszählen, Thermometermessung, Feststellung der Athemfrequenz u. dergl.) wird

nicht fehlen dürfen. Hingegen gehen Anweisungen über chemische Harnanalysen (höchstens mit Ausnahme einer einfachen Eiweiss- und Zuckerreaction) wohl über den Rahmen des Unterrichts für Pflegepersonen hinaus.

In Uebereinstimmung mit vorstehenden Ausführungen dürfte es sich empfehlen, bei den Vorträgen des theoretischen Krankenpflege-Unterrichts sich stets eines nicht nur dem Bildungsniveau der Zuhörer, sondern auch ihrer späteren Aufgabe und Stellung entsprechenden Tones zu befleissigen und in einer in bestem Sinne gemeinverständlichen Weise zu lehren, d. h. sachlich und klar, jedoch unter möglichster Vermeidung von medicinischen Fachausdrücken, die doch gewöhnlich nicht recht aufgefasst und begriffen werden, indess einer Ueberhebung der Pflegepersonen Vorschub leisten können; gegen die neuerdings in einigen Leitfäden der Krankenpflege etwas übertriebene Gewohnheit die medicinischen Termini technici in Klammern anzuführen, lässt sich Mancherlei einwenden. Fremdsprachliche Krankheitsnamen brauchen den Pflegepersonen kaum in weitgehenderem Maasse bekannt zu sein, als sie sich überhaupt in weiteren Kreisen eingebürgert haben. Mancherseits wird der Belehrung in lateinischen Bezeichnungen das Wort geredet, um die Pflegepersonen durch ihre Kenntniss zu befähigen sich mit dem Aerzte in Gegenwart des Kranken besser über dessen Zustand zu verständigen; indess lässt sich wohl meist auch ohne Anwendung gelehrter Redewendungen eine ausreichende Verständigung erzielen, und dann sind Besprechungen über den Status morbi in Gegenwart der Kranken überhaupt thunlichst zu vermeiden.

Als ein ferneres wichtiges Hilfsfach für den theoretischen Unterricht der Pflegepersonen ist die Gesundheitspflege zu bezeichnen. Fundamentale hygienische Kenntnisse sind für den Krankenpflegeberuf ganz unentbehrlich, und zwar aus mehrfachen Gründen. Zunächst muss den Pflegepersonen die Möglichkeit gegeben werden, selbst für ihre Gesunderhaltung sorgen zu können und Mittel und Wege kennen zu lernen, wie man sich selbst vor Ansteckungen und überhaupt Erkrankungen schützen kann. Der segensreiche prophylactische Einfluss von Sauberkeit und Reinlichkeit in Bezug auf die eigene Person und die in der Umgebung befindlichen Objecte und Personen, zu denen man in Beziehung und mit denen man in Berührung tritt, ebenso die gesunderhaltende Wirkung einer zweckmässigen Ernährung, Kleidung und sonstigen Lebensweise muss den angehenden Pflegepersonen in klarer und gründlicher Weise vorgeführt werden. Von ebensogrosser Bedeutung sind diese Kenntnisse für die Pflegethätigkeit an den Kranken selbst, die in den Händen hygienisch geschulter Hilfspersonen vor vielen weiteren Schädigungen ihres Gesundheitszustandes bewahrt bleiben und grössere Bürgschaft für ihre Genesung finden. Durch hygienisches Verhalten der Pflegepersonen gelingt es die Uebertragung ansteckender Erkrankungen von einem Kranken auf den Andern fast gänzlich auszuschliessen und insbesondere bei den infectiösen Volkskrankheiten mit

seuchenartigem Auftreten einer Massenverbreitung vorzubeugen. Hygienisches Wissen ist auch deshalb für die Pflegepersonen von grosser Wichtigkeit, weil sie selbst berufen sind in der Bevölkerung aufklärend und erzieherisch in der Richtung vernünftiger Gesundheitspflege zu wirken, und vor Allem in der Armen- und Gemeindekrankenpflege bei der Abstellung unhygienischer Zustände (Wohnung, Ernährung, Reinlichkeit) mitzuhelfen. Der theoretische Unterricht soll daher den Schülern und Schülerinnen Belehrung bieten über die hauptsächlichsten und häufigsten gesundheitlichen Schädlichkeiten, denen die Menschen im täglichen Leben ausgesetzt sind, und zugleich darüber, wie man diese Schädlichkeiten auf ein möglichst geringes Maass beschränken und ihnen durch geeignete Maassnahmen entgegentreten kann. Die Lehre von den ansteckenden Volkskrankheiten, ihren erregenden Ursachen, den Wegen ihrer Uebermittlung, den Vorkehrungen zur Verhinderung ihres Ausbruches und zur Vernichtung der Infectionsstoffe bildet einen ausserordentlich wichtigen Gegenstand für den theoretischen Unterricht, dessen in den letzten Jahren erfolgte Einfügung in das Lehrpensum desselben einen wesentlichen Fortschritt bedeutet (vgl. E. Dietrich. Was müssen Pfleger und Pflegerinnen über Wesen und Bekämpfung der gemeingefährlichen Volkskrankheiten wissen? Deutsche Krankenpfl.-Ztg. 1899 pag. 369 ff.). In erster Linie kommen hierbei folgende Infectionskrankheiten in Betracht: Pest, Cholera, Tuberculose, Lepra, Diphtherie, Abdominaltyphus, Recurrens und Flecktyphus, Gelbfieber, Malaria, Pocken, Syphilis, Trachom und die infectiösen Kinderkrankheiten. Merkmale, Ursachen, Verlauf, Gefahren für die Umgebung bei diesen Erkrankungen können bei richtiger Handhabung des Unterrichts in klarer, gemeinverständlicher Weise geschildert werden, ohne dass hierdurch ein zweckwidriges und zur Ueberschreitung der Befugnisse verleitendes Halbwissen erzeugt wird; was gesagt wird, muss natürlich streng sachlich und in einer dem Nichtmediciner begreiflichen Art vorgebracht werden und unter besonderer Berücksichtigung derjenigen Verhaltungsmaassregeln, die gerade für das Berufsleben der Pfleger und Pflegerinnen am werthvollsten sind. An die Unterweisung in der Seuchenlehre schliesst sich dann ungezwungen die Lehre von der Aseptik und Antiseptik an, welche ja für die berufliche Thätigkeit der Krankenpflegepersonen überhaupt von fundamentaler Bedeutung ist, und von deren Ergebnissen und practischen Anwendungen sie fortwährend auf's ausgiebigste und peinlichste Gebrauch zu machen genöthigt sind. Hier findet die Belehrung über die wichtigsten keimtödtenden chemischen und physikalischen Hilfsmittel Platz, über ihre Wirkung, die Art ihrer Anwendung, die Formen des Gebrauches zur Desinfection keimtragender Objecte, Substanzen, Flüssigkeiten, Abgänge des Kranken u. s. w. Und damit wird bereits der Unterricht in den wissenschaftlichen Hilfsfächern verlassen und zu dem letzten Theile des theoretischen Krankenpflege-Unterrichts hinübergeleitet, zu den Vorträgen über die eigentliche Krankenpflege-Technik.

Das dritte Haupt-Lehrthema des theoretischen Krankenpflege-Unter-

richts bildet die Unterweisung der Schüler und Schülerinnen in der technischen Krankenpflege und in der Art und Weise der Ausführung aller derjenigen Handgriffe und Hilfeleistungen, welche die personelle Wartung und Pflege Kranker erfordert. Während in den Vorträgen über Krankenpflege-Ethik Werth darauf gelegt wurde, alles das vorzuführen, was zum „Sollen", und in den Vorträgen über die wissenschaftlichen Hilfsfächer, was zum „Wissen" in der Krankenpflege gehört, tritt nunmehr die Schilderung alles dessen in den Vordergrund, was das eigentliche „Können" in der Krankenpflege ausmacht. Wie jede andere Kunst eine genaue Kenntniss der richtigen Anwendung ihrer technischen Hilfsmittel als eine unerlässliche Vorbedingung für ihre vollendetere Ausübung verlangt, so erfordert auch die Kunst, Kranke sachgemäss zu pflegen, die vorhergehende methodische Erlernung zahlreicher kleiner Fertigkeiten und Geschicklichkeiten. Es kann kein Zweifel darüber sein, dass eine jede, wenn auch scheinbar noch so unbedeutende Handreichung am Kranken um so geschickter und zweckmässiger ausgeführt werden wird, je öfter sie geübt wurde, und in Uebereinstimmung hiermit begreift es sich leicht, dass die Technik der Krankenpflege am besten von Personen beherrscht wird, welche Gelegenheit hatten sie sich in länger dauernder practischer Bethätigung am Krankenbette zu eigen zu machen. Gerade für das Gebiet der Krankenpflege-Technik hat der theoretische Unterricht im Wesentlichen eine vorbereitende Bedeutung, indem er den Schülern einen möglichst vollständigen Ueberblick über den Gesammtbereich ihrer beruflichen Leistungsfähigkeit gewährt. Dass eine geschickte und kunstgerechte Ausführung der technischen Maassnahmen der Krankenpflege durch ein in geordneter Weise und in hinreichendem Umfange unterrichtetes Pflegepersonal für den Erfolg der gesammten Krankenbehandlung von ausserordentlicher Wichtigkeit ist und geradezu als ein directer, wesentlicher Heilfactor in der Krankenbehandlung anzusehen ist, an dessen Vervollkommung, Förderung und Weiterbildung mitzuarbeiten gerade für den Arzt eine unabweisbare Aufgabe darstellt, ist eine in ihrem vollen Umfange und in ihrer weittragenden Bedeutung erst in letzter Zeit mehr und mehr gewürdigte Thatsache. Weil eben die durch die berufsmässigen Krankenpflegepersonen ausgeübte Pflege und Hilfeleistung nichts anderes ist, als derjenige Theil der Krankenbehandlung, welchen der Arzt aus äusseren Gründen sich gezwungen sieht den Händen einer geschulten und leistungsfähigen Ersatztruppe anzuvertrauen, ist es nothwendig, diese Ersatzmannschaften über die Krankenpflege-Technik besonders eingehend zu belehren, damit sie die ihnen zufallenden technischen Aufgaben in geeigneter Weise leisten können. Der theoretische Unterricht in der Krankenpflege-Technik ist auch infolgedessen in erheblichem Maasse dazu geeignet, den Schülern gegenüber den eigentlichen Wirkungskreis des Pflegepersonals in Bezug auf die ihm zufallenden activen Maassnahmen abzugrenzen. Auch für das Gebiet der Krankenpflege-Technik ergiebt sich mit Rücksicht auf die später einzunehmende Stellung am Krankenbette als Gehilfen des

Arztes die dringende Nothwendigkeit, die Schüler und Schülerinnen darauf hinzuweisen, dass die eigentliche Leitung und Regelung der gesammten Krankenbehandlung, des gesammten Heilverfahrens, ausschliesslich in den Händen des Arztes verbleiben müsse, und dass das Wesentliche der von den berufsmässigen Krankenpflegepersonen zu fordernden Thätigkeit in einer möglichst guten, sorgfältigen und geschickten Ausführung der ärztlichen Anordnungen besteht. Ebensowenig wie die Aspiranten des Pflegeberufes in dem zweiten Theile des theoretischen Fachunterrichts lernen sollen, auf eigene Faust Diagnosen zu stellen, sollen sie bei dem Unterricht in der Krankenpflege-Technik lernen Kranke und „Krankheiten" nach eigenem Ermessen zu behandeln. Dies ist vielmehr wiederum einzig und allein Sache des Arztes, zu dessen Unterstützung das Pflegepersonal berufen ist. In Congruenz mit diesen Erwägungen gliedert sich der Unterricht in der Krankenpflege-Technik hauptsächlich in folgende Unterabtheilungen, deren jede eine besondere Vortragsreihe beansprucht: 1) die Lehre von der Ausführung ärztlicher Verordnungen am Kranken, 2) die Lehre von den Hilfsmitteln für die Bequemlichkeit und Behaglichkeit des Kranken (Krankencomfort und „kleine Hilfen"), 3) die Lehre von der ersten Hilfeleistung bei plötzlicher Lebensgefahr und Unfällen, 4) die Lehre vom Krankentransport, 5) die Lehre von der Krankenernährung und Krankenküche, 6) die Lehre von der Hilfeleistung bei Operationen und Verbänden. Die Lehre von der Ausführung ärztlicher Verordnungen umfasst die Darreichung der Arzneien und zwar sowohl der innerlich zu nehmenden als der äusserlich anzuwendenden Mittel und die Hilfeleistung bei Wasseranwendungen, Massagen u. dergl. therapeutischen Methoden, soweit sie sich für das Pflegepersonal eignet. In diesen Vorträgen werden Beispiele der häufigsten Arzneiformen (Mixturen, Pulver, Pillen, Tabletten, Pastillen, Thees, Brunnen u. s. w.), ferner die üblichen Arzneigefässe und Arzneimaasse, die Behandlung, Auflösung der Arzneimittel und schliesslich die Art der Einverleibung bezw. Beibringung (durch Verschlucken, Einreiben, Eingiessen, Einschieben, Einspritzen, Einträufeln, Einpinseln, Einathmen) in Magen, Darm oder andere Körperhöhlen bezw. Körperöffnungen oder auf die Körperoberfläche vorgeführt; ausserdem wird die Technik der wichtigsten hydriatischen Proceduren besprochen, der warmen und kalten Bäder, der Douchen, Einpackungen, Einwicklungen, Umschläge, Begiessungen, medicamentösen Bäder, Massagen u. s. w.

Die Vorträge über die Badepflege leiten bereits zu der Lehre von der Fürsorge für des Kranken Behaglichkeit und Bequemlichkeit hinüber. Hier handelt es sich um die Vorführung der wichtigsten und am häufigsten angewendeten technischen Geräthschaften des Krankencomforts, um die Unterweisung in der Einrichtung und Ausstattung der Krankenräume und Krankenbetten, in der Gestaltung der Umgebung des Kranken, in der hygienischen Besorgung der Krankenzimmer (Grösse, Lage, Lüftung, Beleuchtung, Heizung u. s. w.), in der körperlichen Pflege

Kranker (Lagerung, Kleidung, Reinhaltung, Nahrungsdarreichung); ferner kommt hier die Anleitung zu den sog. „kleinen Hilfen“ am Krankenbette in Betracht, zu geschickten den Kranken unterstützenden Handreichungen und Kunstgriffen, welche ihm die nöthigen Verrichtungen erleichtern und bequemer machen sollen (Unterstützung beim Aufrichten, Aufsetzen, Umbetten, Essen, Trinken, bei den Entleerungen, beim Aufstehen und bei Bewegungen überhaupt). Es ist aber nicht nur nothwendig den Schülern und Schülerinnen die technischen Zurüstungen der Krankenpflege eingehend zu schildern und sie mit dem Rüstzeug der technischen Krankenpflege an Geräthen und Apparaten bekannt zu machen, ihre Anwendung zu erläutern, sondern sie auch über die grössere und geringere Kostspieligkeit der einzelnen Objecte des Krankencomforts aufzuklären, damit sie späterhin in der Lage sind, je nach den äusseren Lebensverhältnissen des zu pflegenden Kranken jedes Mal das Geeignete in Bezug auf das erreichbare Maass an Annehmlichkeiten und Bequemlichkeiten auszuwählen. Vor allen Dingen müssen sie lernen, auch mit verhältnissmässig geringen Mitteln dem Kranken dennoch durch geschickte Auslese der zu Gebote stehenden Hilfsmittel und durch ausgiebige Verwerthung und Ausnutzung überall leicht zu beschaffender und wenig Kosten bedingender Materialien seinen Zusand möglichst zu erleichtern und erträglich zu machen. Daher ist es geboten auch beim theoretischen Unterricht in der Krankenpflege-Technik sogleich die gebührende Rücksicht auf die Unterweisung in der Improvisations-Technik zu nehmen und jedes Mal, nachdem die verschiedenen Krankenpflege-Geräthe vorgeführt sind, die in einem grösseren Krankenhause leichter beschafft werden können als in der Privatpflege und zumal in der Armen- und Gemeindekrankenpflege, auch zu zeigen, wie man es „ohne allen Apparat“ machen kann.

Die Lehre von der ersten Hilfeleistung bei plötzlich auftretenden gefahrdrohenden Krankheitssymptomen und Krankheitszuständen sowie Unfällen ist gleichfalls von ausserordentlicher Wichtigkeit für die lernenden Pflegepersonen. Denn erstens sind gerade sie späterhin sowohl in der Hospitalpflege als auch ganz besonders in der Privatpflege berufen, bei derartigen Vorkommnissen bis zum Erscheinen des Arztes die ungesäumt nothwendigen Maassregeln, hier bisweilen im Nothfalle auch in grösserer Selbstständigkeit, anzuordnen und durchzuführen, die unter Umständen (Collapszustände, Blutungen) direct lebensrettend wirken können. Ebenso wendet man sich, vor Allem in kleineren Orten und auf dem Lande, wo der Arzt oftmals nicht schnell bei der Hand sein kann, bei Unglücksfällen zunächst und besonders gern an die Krankenpflegepersonen, um von ihnen zweckmässige Hilfe zu erlangen. Sie müssen daher in systematischer Weise über die Art der häufigsten plötzlich auftretenden, das Leben bedrohenden Complicationen bei inneren und äusseren Erkrankungen und der häufigsten Unfälle, sowie über die sachgemässe erste Hilfeleistung (Lagerung, Blutstillung, Magenausspülung, Gegenmittel bei Vergiftungen, Eisanwendung, Nothverband, Transport u. s. w.) belehrt werden.

Hier schliesst sich unmittelbar die Lehre vom Krankentransport an, der ja bei plötzlichen Erkrankungen und bei Unfällen fern vom Hause zu den ersten erforderlichen Pflegemaassnahmen gehört und von dessen sachkundiger und sorgsamer Ausführung, sei es, dass er die Wohnung des Erkrankten oder aber ein Hospital zum Ziel hat, oftmals ungeheuer viel für die Heilung und das Leben des Patienten abhängt; nothwendig ist hier die Kenntniss der kunstgerechten manuellen Handhabung, der Einrichtung und Beschaffung der geeigneten Transportmittel und der Bewachung und Beobachtung des Kranken während der Ueberführung.

Schliesslich gehört nach den in den letzten Jahren zu Tage getretenen Anschauungen der Sachkundigen noch zum theoretischen Krankenpflege-Unterricht eine Vortragsreihe über die Grundzüge der Krankenernährung und Krankenkochkunst. Nachdem die Ausgestaltung der wissenschaftlichen Ernährungstherapie eine Reihe neuer Grundsätze für die Krankenernährung geschaffen und die ärztliche Aufmerksamkeit in höherem Maasse auf diesen wichtigen Punkt der Krankenbehandlung hingelenkt hat, lag es nahe eine Belehrung über die bedeutsamsten Thatsachen und Ergebnisse auf diesem Gebiete auch in den Unterrichtsplan des geschulten Hilfspersonals aufzunehmen, besonders mit Rücksicht darauf, dass gerade in Bezug auf die Ernährung des Kranken der Arzt in erheblicher Weise der unterstützenden Mithilfe der Pflegepersonen bedarf, die, wenn sie im Stande sind den ärztlichen Anordnungen ein besseres Verständniss entgegenzubringen, die Durchführung der ärztlich-therapeutischen Intentionen hinsichtlich der Auswahl, Zusammensetzung und Zubereitung der Krankenkost wesentlich fördern und erleichtern können. Freilich wird heutzutage, wo die Erkenntniss, dass das diätetische Regime auf den Verlauf fast aller Erkrankungen ohne Ausnahme einen bemerkenswerthen Einfluss auszuüben vermag, sich immer weiter Bahn bricht, die eigentliche Bestimmung dessen, was ein Kranker an Speisen und Getränken zu sich zu nehmen hat, sowohl hinsichtlich der qualitativen Zusammensetzung als der quantitativen Eintheilung mehr noch als vordem dem Ermessen des Arztes vorbehalten bleiben, aber dennoch hat der Arzt noch in höherem Maasse als bei der Darreichung der Medicamente bei der Zuführung der Nahrung ein Interesse daran, dass sie in zukömmlicher und gesundheitsfördernder Weise vor sich gehe. Besonders in der Privatpflege muss sich der Arzt oft auf allgemeinere Anweisungen für die Krankenernährung beschränken und bei den wechselnden materiellen Verhältnissen der Kranken wie auch bei dem wechselvollen Verlaufe vieler Erkrankungen, auch in Rücksicht darauf, dass er den Kranken und dessen Umgebung nicht, wie im Hospitale, beständig controlliren kann, den Pflegepersonen in mancher Beziehung einen freieren Spielraum in der Auswahl und Abänderung der Krankengerichte gestatten, natürlich innerhalb des dem Status morbi adäquaten Kostrahmens. Es ist wünschenswerth, dass in dem Unterricht von der Ernährung des Gesunden ausgegangen wird; Ziel und Zweck rationeller Ernährung müssen vorgeführt, die Begriffe von Nährwerth, Verdaulichkeit, Geldwerth und

Wärmewerth der einzelnen Nahrungsmittel berücksichtigt werden. Daran schliesst sich dann die Ernährung des Kranken an. Naturgemäss liegt hier nicht die Aufgabe vor, die angehenden Pflegepersonen darüber zu belehren, welche Diät für die einzelnen Erkrankungen angewendet werden soll, ebensowenig wie es Gegenstand des theoretischen Unterrichts ist, die Medicamente aufzuzählen, welche für eine Krankheit unter Umständen geeignet sind. Wohl aber müssen die allgemeinen Gesichtspunkte eingehend erörtert werden; die Pflegepersonen sollen sich klar werden über Bedeutung, Aufgabe und Zweck der Krankendiät, sowie über die qualitativen und quantitativen Unterschiede, die gegenüber der Kost des gesunden Menschen in Betracht kommen können. Die Grundzüge der Ernährungsweise für fiebernde, stark abgemagerte, reconvalescente Personen können vorgeführt werden; ebenso die schädlichen Folgen ungeeigneter Ernährung, die sich beim Kranken noch in viel weitgehenderem Maasse als beim Gesunden geltend machen, die oft den ganzen Heilerfolg vernichtenden Wirkungen von Diätfehlern, insbesondere bei Erkrankungen mit Magen-Darmlokalisationen (Typhus, Ulcus ventriculi etc.). Derartige Belehrungen werden Gutes stiften, besonders auch im Hinblick auf die Mission der Pflegepersonen als Verbreiter der Aufklärung in weiteren mit falschen Vorstellungen und Vorurtheilen durchseuchten Bevölkerungskreisen. Die Pflegepersonen müssen die häufigsten Krankenspeisen kennen, wissen, in welchen Mengen sie gewöhnlich gegeben werden, welche Temperatur sie haben sollen, wie sie am besten angerichtet werden; sie müssen wissen, welche Speisen man als leicht- oder schwerverdaulich bezeichnet, welche Speisen sich in Bezug auf Nährwerth, Bekömmlichkeit, Appetitanregung ähnlich verhalten und daher im Wechsel verwendet werden können. Ebenso wichtig ist für sie eine eingehendere Kenntniss der Krankenkochkunst, der Art, wie Krankenspeisen in geeigneter Weise zubereitet werden müssen. Hängt doch vielfach gerade von einer zweckmässigen Zubereitung der Krankenspeisen ihre Bekömmlichkeit, Verdaulichkeit und mithin ihr absoluter Nutz- und Nährwerth für den Kranken ab. In erster Linie ist hier Belehrung über die Beschaffung qualitativ unanfechtbarer, roher Nahrungsmittel, über die Aufbewahrung und Conservirung derselben, über Schutzmittel gegen ihr Verderben, die Methoden des Leichterverdaulichmachens, die Erhaltung möglichst grosser Nährkraft bei der Zubereitung, die Verwendung geeigneter Gewürze, die Bedeutung künstlicher Nährpräparate etc. von Wichtigkeit. Auch auf diesem Gebiete bildet freilich der theoretische Unterricht nur eine zweckmässige Vorbereitung und Ergänzung des practischen (vgl. H. Schlesinger: Kochkurse, ein wesentl. Bestandtheil des Krankenpflege-Unterrichts. Deutsche Krankenpflege-Ztg. 1898 pag. 105. — F. Liese, Erfahrungen bei der Bereitung v. Krankenspeisen. Ibidem. pag. 107. — J. Hidde, die Krankenkost. Wiesbaden 1898. — O. Dornblüth, Kochbuch f. Kranke. Leipzig 1897.).

Wenn hier nun noch eine Vortragsreihe über die Lehre von der Hilfeleistung bei Operationen und Verbänden als zum theore-

tischen Krankenpflege-Unterricht gehörend betrachtet wird, so geschieht dies zwar in dem Bewusstsein, dass hiermit eigentlich bereits das Gebiet der allgemeinen Krankenpflege verlassen wird, deren Vorführung in systematischer Folge der Hauptzweck des theoretischen Unterrichts ist, und dass die chirurgische Pflegethätigkeit schon ein specielleres Gebiet der Krankenpflege betrifft, dessen in angemessenem Umfange erworbene Kenntnisse die besondere Fähigkeit zur Ausübung der Krankenpflege bei einer bestimmten Gruppe von Kranken, hier also bei der Pflege Verwundeter, verleihen; den Anschluss bedingt jedoch die Rücksicht darauf, dass die Anforderung chirurgische Kranke zu pflegen, heutzutage ohne Ausnahme und häufig an die Pflegepersonen herantritt, sei es, weil die meisten grösseren allgemeinen Krankenanstalten, wie sie für die Ausbildung von Pflegepersonal in Betracht kommen, in zwei gesonderte Haupt-Abtheilungen, eine innere und eine chirurgische, zerfallen, sei es, weil die Bedürfnisse und äusseren Verhältnisse der Privatkrankenpflege eine gründliche Vorbereitung auch für die specielle chirurgische Pflege voraussetzen. Wenn daher auch die Zahl derjenigen Krankenpflege-Schulen, welche noch einen besonderen Unterricht in anderen Specialfächern der Pflegethätigkeit eingeführt haben, wie z. B. in der Kinderkrankenpflege, Wöchnerinnen- und Frauenkrankenpflege, Irrenpflege noch verhältnissmässig gering ist, so finden wir doch aus den genannten Gründen in sämmtlichen Lehrstätten, in denen Pflegepersonal herangebildet wird, eine Einbeziehung der chirurgischen Hilfeleistung in den Unterricht. Diese Thatsache erklärt sich auch aus der ausserordentlichen Wichtigkeit, welche die Beherrschung der antiseptischen und aseptischen Methoden für die Krankenbehandlung und Krankenpflege überhaupt erlangt hat; hierin liegt der wesentlichste Grund, dass die Technik der chirurgischen Pflegethätigkeit mit unter die fundamentalen Unterrichtsgegenstände bei der theoretischen Unterweisung und bei der practischen Schulung aufgenommen worden ist. Den theoretischen Unterricht auch auf andere Specialfächer der Krankenpflege auszudehnen, abgesehen von kurzen Hinweisen, sehen sich viele Krankenpflege-Schulen weder veranlasst noch in der Lage, weil die betreffenden Krankenanstalten nicht über geeignete Special-Abtheilungen und specielle Lehrkräfte verfügen. Vieles von dem bei der Schilderung der chirurgischen Pflege Vorzutragenden haben die Schüler bereits in den hygienischen Vorträgen und bei der Belehrung über die Infectionskrankheiten und ihre Abwehr erfahren, so die Grundlehren über die Desinfection von Personen und Objecten, über die Technik der Reinlichkeitspflege in Bezug auf den Kranken und die Pflegepersonen selbst, auf das Krankenzimmer, Krankenbett und die sonstigen Einrichtungsgegenstände der Krankenräume. Neu hinzukommt hingegen die Unterweisung in der Instrumenten- und Verbandmaterialienkunde, ferner im eigentlichen Operationsdienst und schliesslich in der Technik des kunstgerechten Verbindens. Es empfiehlt sich bei dem theoretischen Unterricht in der Instrumenten- und Verbandzeuglehre zu-

nächst nur die wichtigsten und am häufigsten angewendeten Instrumente und Verbandmaterialien vorzuführen und zu erläutern und die Kenntniss der selteneren Objecte bis zur practischen Thätigkeit im Operationssaale aufzusparen. Besonders wichtig ist es, den Pflegepersonen genaue Vorschriften und eindringliche Ermahnungen bezüglich der Händedesinfection zu geben, ebenso betreffs der Reinigung, Desinfection und Aufbewahrung der Instrumente, der Zubereitung, Aufbewahrung und Sterilisation des häufigsten Verband- und Nahtmaterials, der Einrichtung und Reinhaltung des Operationsraumes. Bei dem speciellen Operationsdienst ist zunächst am wichtigsten die Vorbereitung des Kranken, der Pflegeperson, der in Anwendung kommenden Instrumente, Geräthe, Verbandstoffe, des Operationsraumes. Da die Pflegepersonen nicht beständig im Hospitale verbleiben sollen, vielmehr zumeist nach Absolvirung der Lehr-Zeit und einer sich anschliessenden weiteren practischen Uebungszeit am Krankenhausbette in der Privatpflege Verwendung finden resp. ihren Beruf in Privathäusern verschiedenster Bevölkerungsschichten selbstständig ausüben, so ist es erforderlich, den Schülern nicht nur die Verhältnisse im Krankenhause (Operationssaal) zu schildern, wo alle Hilfsmittel ausgiebig, leicht und in geeignetster Gestalt zu beschaffen sind, sondern auch auf die Unterweisung in der Improvisation der zur Operation nöthigen Zurüstungen, soweit sie sich ohne Benachtheiligung des therapeutischen Erfolges durchführen lässt, und die Herrichtung eines Operationsraumes im Privathause einzugehen. Es folgt alsdann die Belehrung über die Hilfeleistung während der Operation, über die Technik der Narcose, die Vermeidung ihrer Gefahren, die Darreichung der Instrumente, die Ueberführung des Kranken vom Bette zum Operationstisch und von diesem zum Bette, und den Schluss macht die Anlegung der häufigsten Verbände sowie die sog. Nachbehandlung nach der Operation, die Ueberwachung des Kranken und des Verbandes. Beim theoretischen Unterricht viele Zeit auf das Einüben möglichst mannigfaltiger und complicirter Verbandformen zu verwenden, hat kaum einen besonderen Werth, da die vollendetere Uebung im Verbinden in besserer Weise durch die practische Bethätigung erworben wird. Aber immerhin können die Typen antiseptischer und aseptischer Verbände, sowie die einfacheren und häufigeren Verbandformen erläutert und an den Schülern zunächst selbst eingeübt werden; auch hierbei kommt der Improvisation eine werthvolle Bedeutung zu.

Wenn wir es endlich nochmals als rathsam bezeichnen, in denjenigen Ausbildungsstätten für Pflegepersonen, in welchen ein Specialunterricht in der Kinderkrankenpflege, Frauenkrankenpflege, Wöchnerinnenpflege, Irrenpflege, Massage etc. aus äusseren Gründen nicht möglich ist, wenigstens die wichstigsten Specialkenntnisse über diese Pflegegebiete den Schülern und Schülerinnen durch geeignete kürzere Hinweise an passenden Stellen des theoretischen Unterrichts zu vermitteln, um die Lücke in der Ausbildung nicht allzu empfindlich sein zu lassen, so dürfte damit der Umfang des Lehrthemas für den theoretischen Krankenpflege-Unterricht in annähernd

erschöpfender Weise umgrenzt sein. Es möge freilich nochmals betont werden, dass eine Ausbildung, die darauf Anspruch erheben will, allseitigen Anforderungen zu entsprechen, nach der heute geltenden Anschauung der Fachkreise auch einen gründlichen systematischen Unterricht in den genannten Specialzweigen der Krankenpflege umfassen muss; denn eine solche Ausdehnung ist wünschenswerth sowohl, um die geschulten Pflegepersonen in möglichst weitgehender und unbeschränkter Weise für den Hospitaldienst verwenden zu können, als auch, um ihnen ein möglichst umfangreiches Feld für die private Pflegethätigkeit zu eröffnen, als auch schliesslich, um das Ziel einer gleichmässigeren Durchbildung sämmtlicher Pflegekräfte näher rücken zu können.

Die practische Ausbildung gewinnen die Pflegepersonen einzig und allein durch eine hinreichend lange persönliche Bethätigung am Krankenbette. Man ist allgemein zu der Ueberzeugung gelangt, dass ein berufstüchtiges Krankenpflegepersonal selbst durch den eingehendsten und umfassendsten theoretischen Unterricht nicht herangebildet werden kann, und dass der Hauptnachdruck bei der Schulung auf die practische Durchbildung im Pflegedienst „von der Pike an" gelegt werden muss. Die theoretische Unterweisung wirkt vorbereitend; sie lässt die Schüler und Schülerinnen einen Ueberblick über die Berufsthätigkeit gewinnen. Aber erst durch die practische Ausbildung in den Krankenräumen treten sie in persönliche, thatsächliche Beziehung zum Object ihrer Fürsorge, zum Kranken selbst. Der oft so schwierige Umgang mit Kranken, die häufig verwickelten Verhältnisse des Hospitallebens, die nicht selten technisch schwierigen und dabei anscheinend minutiösen Handreichungen am Krankenlager, die bisweilen sehr anforderungsreiche Erfüllung der herantretenden Aufgaben und Pflichten, alles das kann nur durch persönlich gesammelte Erfahrungen und practische Uebung so zu eigen gemacht werden, wie es eine selbstständigere Ausübung des Krankenpflegeberufes voraussetzt. Es ist daher unbedingt erforderlich, dass sich an den theoretischen Unterricht die practische Anleitung in einem geeigneten Krankenhause anschliesst; denn gerade ein grösseres Krankenhaus bietet die erwünschte Gelegenheit, die Pflegeaspiranten unter kundiger Leitung zu schulen und, vom Leichteren allmählich zum Schwereren vorrückend, sie in den Dienst am Krankenbette einzuführen, sie nach und nach darin weiterzubilden und sie schliesslich dem Abschuss der fachlichen Lehr-Zeit und damit der Fähigkeit einer vollendeteren und selbstständigeren Berufsausübung zuzubringen. Billroth, v. Leyden, Bäumler u. A. haben darauf hingewiesen, dass eine zweckentsprechende Ausbildung von Krankenpflegepersonen nur möglich ist, wenn die Pflegeschule sich an ein zur practischen Schulung geeignetes Krankenhaus anschliesst. Noch besser aber ist es, wenn das in Frage kommende Hospital vorwiegend gerade für diesen besonderen Zweck der Ausbildung von Pflegepersonal bestimmt ist. Diesem Umstande haben denn auch manche geistliche Ordens-Genossenschaften sowie eine Anzahl von Vereinen vom rothen Kreuz Rechnung getragen, indem sie mit der Begrün-

dung einer Krankenpflegeschule zugleich die Errichtung eines dazu gehörigen Krankenhauses verbanden, in welchem ein stufenweise fortschreitender practischer Unterricht unter der Leitung bewährter Hospitalärzte und Oberinnen stattfinden kann. In erster Linie eignen sich zur Ausbildung von Pflegepersonal grössere sog. allgemeine Krankenanstalten, wie sie sich als staatliche oder noch häufiger als städtische Wohlfahrtseinrichtungen in den bedeutenderen Städten des Landes vorfinden, weil hier eine möglichst grosse Gelegenheit geboten ist, allmählich die wichtigsten Pflegegebiete und einen recht umfassenden Kreis von verschiedenartig pflegebedürftigen Kranken kennen zu lernen. Am besten sind die grossen hauptstädtischen Krankenanstalten daran, welche gewöhnlich ausser einer inneren und einer äusseren Abtheilung noch eine besondere Abtheilung für kranke Kinder und für infectiöse Kranke besitzen. Stationen, auf denen auch die Wochenpflege erlernt werden kann, finden sich meist nicht im Anschlusse an derartige Anstalten; ebenso sind für die Irrenpflege von den Communen gewöhnlich besondere Krankenanstalten errichtet. Vortrefflich geeignet zur Ausbildung von Pflegepersonal sind sehr grosse Anstalten wie z. B. die kgl. Charité in Berlin, welche bei einer Gesammtbettenzahl von 1500 eine besondere Irren-Abtheilung von 200 Betten, ferner eine eigene Augen-Abtheilung, geburtshilfliche Abtheilung, Kinderstation, Infections-Abtheilung besitzt. In solchen umfangreichen Instituten kann auch die Ausbildung des Personals eine sehr ausgedehnte sein, und die practische Schulung wird dann am besten gefördert, indem die auszubildenden Pflegepersonen nach einander sich eine Zeit lang auf jeder der Sonder-Abtheilungen bethätigen. Zweckmässig ist es, bei dieser Ablösung der Pflegeschüler einen bestimmten Turnus einzuhalten und dabei mit der inneren Abtheilung zu beginnen, alsdann die chirurgische Station folgen zu lassen, hierauf die Kinder-Abtheilung, die Abtheilung für Infectionskranke und schliesslich die Irren-Abtheilung. Die weiblichen Pflegeaspiranten haben auch längere Zeit auf der geburtshilflich-gynäkologischen Station sich in der Frauenpflege zu üben. Die Dauer der practischen Lehr-Zeit am Krankenhausbette wird gegenwärtig zu mindestens einem Jahre angenommen, wenn sie hinreichen soll, um gründlich geschulte Pflegepersonen heranzubilden; die Dauer des Verweilens der Schüler auf den einzelnen Stationen soll etwa 2—3 Monate betragen. Angesichts der in den letzten Jahren erheblich erhöhten Anforderungen, welche ärztlicherseits an das Pflegepersonal gestellt werden, muss die Normalzeit von einem Jahre als das Minimum an Ausbildungszeit bezeichnet werden, welches als ausreichend gelten kann. Von mancher Seite wird bereits in Analogie mit den Verhältnissen, wie sie in England und Dänemark an den mit den dortigen grossen Krankenanstalten verbundenen Pflegerinnenschulen bestehen, eine practische Ausbildungszeit in der Hospitalpflege während eines Zeitraumes von 2 bis 3 Jahren gefordert, indem darauf hingewiesen wird, dass die Krankenpflege eine so schwierig zu erlernende Kunst sei, dass man nach einem Jahre wohl schon in die Vorhöfe, aber noch keineswegs in das Innere

des Heiligthums dieser Kunst eingedrungen sein könne. Vergegenwärtigt man sich indessen, dass es zunächst sehr wünschenswerth ist, die Ausbildung sämmtlicher Pflegepersonen überhaupt einheitlicher und gleichmässiger zu gestalten, und dazu die Thatsache, dass wir selbst von der Erfüllung der Forderung einer 1 jährigen practischen Lehr-Zeit doch noch vielfach mangels genügend zahlreicher und genügend umfangreich organisirter Ausbildungsstätten erheblich entfernt sind, wobei in Betracht kommt, dass selbst ein Theil des genossenschaftlichen Pflegepersonals, wie z. B. die Schwestern des Johanniter-Ordens und die Schwestern einiger Roth-Kreuz-Vereine sowie auch die Schüler mancher Diakonen-Anstalten nur eine 6—9 monatliche Ausbildungszeit durchmachen müssen und die Hauptmasse des nicht-genossenschaftlichen Pflegepersonals überhaupt noch nicht an eine längerdauernde systematisch geordnete Lehr-Zeit gebunden ist, so wird man schon zufrieden sein können, wenn sich die Durchführung einer allgemeinen 1 jährigen practischen Lernzeit im Krankenhause für sämmtliche Pflegecontingente bewerkstelligen lassen wird, welchem Ziele wir bei dem allseitigen Streben die Schulzeit auf das erwähnte Normal-Niveau zu verlängern, immerhin in den letzten Jahren bereits wesentlich näher gekommen sind. Um jedenfalls auch bei nur 1 jähriger Ausbildung eine möglichst grosse Garantie für eiue gründliche und allseitige Vorbereitung zum Uebertritt in die Privat- und Gemeindekrankenpflege, welche Zweige der Pflegethätigkeit infolge der sich hier geltend machenden grösseren Selbstständigkeit und Verantwortlichkeit eine umfangreichere Berufserfahrung voraussetzen, zu bieten, haben einzelne bedeutendere Krankenpflegeschulen wie die Pflegerinnenschule Victoriahaus in Berlin, die Roth-Kreuz-Pflegerinnenschule in München, die Pflegerinnenschule des Vereins für jüdische Krankenpflegerinnen in Berlin u. a. in ihre Satzungen die Bestimmung aufgenommen, dass die neueintretenden Schülerinnen sich von vornhein verpflichten müssen, nach Absolvirung des eigentlichen practischen Lehrjahres noch weiter zwei sog. Pflichtjahre in den Krankenanstalten, die zur practischen Fachschulung herangezogen sind, Hospitalpflege auszuüben. Die Prüfung findet bei den genossenschaftlichen Pflegepersonen gewöhnlich am Abschluss des practischen Lehrjahres statt unter Vorsitz der die Organisation leitenden Kuratoren und unter Leitung der ausbildenden Aerzte; die Verleihung des genossenschaftlichen Diploms hingegen erfolgt bei einer Anzahl von Pflegeschulen erst nach Ablauf der zwei weiteren Pflichtjahre. Durch letztere Einrichtung wird eine noch grössere Aehnlichkeit des Verfahrens mit demjenigen der bedeutendsten englischen und dänischen Krankenpflegeschulen erreicht, welche ausnahmslos den ihnen entwachsenden Schwestern das Diplom einer „graduirten“ Pflegerin erst am Schlusse des dritten Jahres ertheilen. Auch die neueren Krankenpflegeschulen in Amerika, Holland und der Schweiz diplomiren ihre Zöglinge erst nach Ablauf einer 2—3 jährigen practischen Dienstzeit. Die Bestimmung, dass die Pflegerinnen, welche das eigentliche Lehrjahr bereits absolvirt haben, noch zwei weitere Jahre Hospital-

pflege in den der Genossenschaft zur Verfügung stehenden Krankenanstalten abzuleisten haben, ehe sie in selbstständigere Stellungen wie zur Leitung einer Privatklinik oder eines kleineren Krankenhauses abgegeben werden oder ihnen gestattet wird, den Krankenpflegeberuf in in freier Bethätigung als Erwerbszweig auszuüben, hat nicht nur den Vortheil, dass die practische Ausbildung der Betreffenden selbst eine noch gründlichere und allseitigere wird, sondern sie ermöglicht es auch gleichzeitig, dass die fertigen Schwestern sich auch auf den einzelnen Krankensälen der noch in der Lehr-Zeit befindlichen Schülerinnen annehmen und sich an ihrer practischen Unterweisung in Ergänzung der ärztlichen Anleitung betheiligen können. Die ersten 3 Monate des practischen Ausbildungsjahres werden gewöhnlich von den Genossenschaften als Probezeit angesehen, im Verlaufe deren es sich fast stets in klarer Weise herausstellt, ob die betreffende Berufsaspirantin sich ihrem Charakter, ihrer physischen Anspruchsfähigkeit und ihrer intellectuellen Begabung nach für die berufsmässige Krankenpflegethätigkeit eignet. Die Controlle der Leistungsfähigkeit während der practischen Lehrzeit liegt gewöhnlich gemeinsam in den Händen der Oberin und der ausbildenden Aerzte, welche durch gemeinsame Berathung und Austausch der gewonnenen Beobachtungen über die Leistungen und Begabungen der Schülerinnen ein zutreffendes Urtheil zu gewinnen suchen. Werden an einzelnen Schülerinnen besondere berufliche Talente oder sich auf ein besonderes Specialfach der Pflegethätigkeit beziehende Neigungen und Gaben entdeckt, so wird diesen Wahrnehmungen bei der Vertheilung der Schwestern auf die einzelnen Stationen, soweit es möglich ist, Rechnung getragen. So ergiebt es sich öfter, dass einzelne Pflegerinnen eine besondere Gabe für die Kinderkrankenpflege oder den Operationsdienst zeigen, und es wird dann, gleichzeitig unter Berücksichtigung des Umstandes, dass z. B. auf der Diphtheriestation oder im Operationssaale auch aus technischen Gründen den Aerzten der Abtheilung ein möglichst langes Verweilen der gerade für solche specielle Pflegethätigkeit besonders geeigneten und eingearbeiteten Personen erwünscht zu sein pflegt, veranlasst, dass die Betreffenden Gelegenheit erhalten, sich in dem Sonderfache eingehend und dauernd zu bethätigen. Im Allgemeinen ist es jedoch aus Gründen der gedeihlichen Unterrichts-Organisation nicht erwünscht, dass die in der Ausbildung befindlichen Pflegepersonen zu lange hintereinander auf derselben Krankenhaus-Abtheilung practisch geschult werden, erstens, weil dadurch in störender Weise verhindert wird, dass auf den einzelnen Stationen stets hinreichender Platz für neue in der Ausbildung befindliche Schüler bezw. Schülerinnen vorhanden ist, welcher Uebelstand sich besonders in kleineren Krankenanstalten leicht geltend macht, sodann aber auch, um eine zu einseitige Ausbildung der Lernenden zu verhüten. Auf Grund dieser Erwägungen findet in den meisten Krankenhäusern die practische Ausbildung des Pflegepersonals unter Zugrundelegung eines bestimmt festgesetzten Turnus statt, welcher in zweckmässiger Weise die Zeitdauer

des Aufenthalts auf den einzelnen Abtheilungen regelt. In den mittelgrossen Krankenanstalten findet ein Wechsel der Abtheilung für die Pflegeaspiranten meist alle 3 Monate statt, und wird dabei das Lehrjahr in folgender Weise eingetheilt: Zunächst 3 Monate Bethätigung auf den Krankensälen der inneren Station, darauf 3 Monate Bethätigung auf der chirurgischen Station (davon 2 Monate Operationsdienst), sodann 3 Monate Bethätigung auf der Kinder-Abtheilung und schliesslich 3 Monate Barackendienst auf der Abtheilung für Infectionskranke. Steht den Krankenhäusern die Möglichkeit zu Gebote, die Schülerinnen auf geeigneten eigenen Stationen oder mit Zuhilfenahme benachbarter Krankenanstalten in der Wochenpflege und Irrenpflege practisch vorzubilden, so empfiehlt es sich, die letzten 6 Monate des Lehrjahres so einzutheilen, dass ein 2monatlicher Stationswechsel stattfindet. Während der Ausbildung auf der inneren und chirurgischen Abtheilung muss den Lernenden hinreichende Gelegenheit gegeben werden, sich auch in der Leistung von Nachtwachen bei Schwerkranken hinreichend zu üben; ebenso ist es in denjenigen Krankenhäusern, welche auch wohlhabendere sog. Extra-Kranke in Verpflegung nehmen, möglich, die Lernenden auch bereits in derartigen Einzelpflegen, deren Verhältnisse schon mehr Aehnlichkeit mit der Privatkrankenpflege haben, zu üben. Auf den allgemeinen Krankensälen beginnt die practische Bethätigung zuerst mit den einfachsten Handreichungen unter der Leitung der Oberin bezw. der erfahrenen den Saaldienst versehenden Schwester (Oberpflegerin) oder des der Station vorgesetzten Oberpflegers; dann schliessen sich allmählich immer verantwortungsvollere Thätigkeiten an gelegentlich nöthig werdender Vertretungen etc. Die Entwickelung der auf diese Weise gleichsam zwanglos und von selbst vor sich gehenden practischen Ausbildung wird dabei sowohl vom Stations-Arzte als der Oberin im Auge behalten und eine gewisse systematische Ordnung auch in diesem Theile der Schulung und Berufsvorbereitung ermöglicht. Alles, was der theoretische Unterricht im Zusammenhange vorgeführt hat, wird hier im Einzelnen am Krankenbette selbst wieder und immer wieder practisch geübt, um gehörig in Fleisch und Blut übergehen zu können. Diese Art der Ausbildung hat überdies den grossen Vortheil, dass, besonders da, wo mehrere Schülerinnen auf derselben Station als Hilfskräfte der fertig ausgebildeten Pflegepersonen thätig sind, sich alsbald unter ihnen ein edler Wettstreit zu zeigen beginnt, sich eine gute practische Leistungsfähigkeit nach dieser oder jener Richtung anzueignen, und dass überhaupt hier die Einordnung der Lernenden in ein von gleichartig arbeitenden Kräften und Bestrebungen erfülltes Milieu, in ein mit militärischer Genauigkeit, Sorgfalt und Pünktlichkeit ablaufendes Rädergetriebe sich von wohlthätigster erziehlicher Wirksamkeit erweist.

c) Methodik des Unterrichts. Lehrkräfte und Lehrmittel.

Die zunächstliegende Frage, die der Erörterung bedarf, ist die, zu welcher Zeit innerhalb des Normal-Lehrjahres der theoretische Unter-

richtscursus stattfinden soll, ob er bereits abgeschlossen sein soll, wenn die practische Ausbildung der Pflegeaspiranten auf den Krankenhaus-Abtheilungen ihren Anfang nimmt, oder ob er zwar am Anfange des gesammten Fachunterrichts, jedoch gleichzeitig mit practischer Bethätigung am Krankenbette erfolgen solle oder endlich, ob er erst zu einer späteren Zeit der Ausbildung gewissermassen als eine Abrundung des durch die practische Thätigkeit erworbenen Wissens stattfinden solle. Wenn man an der von uns als wesentlicher Zweck des theoretischen Unterrichts betrachteten und erläuterten vorbereitenden Aufgabe desselben festhalten will, so erscheint es zweifellos als das einzig Richtige den Vortragscursus im Beginne des Lehrjahres abzuhalten; fraglich kann es alsdann nur noch sein, ob die Vorträge bereits vor dem Anfang der practischen Schulung abgeschlossen werden sollen, wodurch der theoretische Unterricht den thatsächlichen Character einer Vorschule gewinnen würde. Ein Vorzug der letzteren Anordnung würde darin liegen, dass die Zahl der Vortragsstunden bei Wegfall gleichzeitiger practischer Thätigkeit erheblich vermehrt werden könnte; indessen ist bei einer Zusammendrängung des umfänglichen Lehrthemas auf 6—8 Wochen eine Ueberlastung der Lernenden mit Wissensmaterial zu befürchten; ausserdem würde die gesammte Ausbildungszeit um ca. 2 Monate verlängert werden. Ich möchte daher, wie auch früher bereits (Deutsche Krankenpfl.-Ztg. 1898 pag. 11), dafür eintreten den theoretischen Unterricht gleichzeitig mit dem Eintritt in das practische Lehrjahr zu beginnen und so zu ermöglichen, dass die Pflegezöglinge schon während der systematischen theoretischen Unterweisung zu practischer Hilfeleistung am Krankenbette und zur Assistenz des bereits fertig ausgebildeten Personals herangezogen werden, damit auch auf diese Weise sogleich Vieles von dem im theoretischen Unterricht Vorgetragenen durch die greifbare Vorführung der practischen Wichtigkeit des Gegenstandes am Krankenbette besser eingeprägt wird. In den meisten Krankenpflegeschulen wird auch in dieser Weise verfahren, und es werden die theoretischen Vortragsstunden während der ersten 3—6 Monate des practischen Lehrjahres zu bestimmt festgesetzter Zeit (wöchentlich 4—10 Stunden) ertheilt. An den Vorlesungen, die gewöhnlich in den Nachmittagsstunden abgehalten werden, um den Stationsdienst möglichst wenig zu stören, nehmen sämmtliche in der Ausbildung begriffene Pflegepersonen theil; bei grösserer Anzahl der Schüler resp. Schülerinnen werden jährlich 2 Vortragscyklen, der eine im Frühjahr, der andere im Herbst beginnend, abgehalten.

Für die Anzahl der Vorlesungsstunden lässt sich natürlich eine überall geltende und passende Norm nicht angeben, da der Umfang des zu bewältigenden Lehrstoffes in den verschiedenen genossenschaftlichen und nichtgenossenschaftlichen Ausbildungsstätten für Pflegepersonen nicht überall der gleiche ist. Wir haben weiter oben nur diejenigen Lehrgebiete in Betracht gezogen, welche sich auf die Krankenpflege als solche beziehen; einige Krankenpflegeschulen z. B. die Pflegerinnen-

schule des rothen Kreuzes in München (vgl. v. Wallmenich, Sittlich-religiöse Berufserziehung der Lernschwestern v. rothen Kreuz. C. Heimann's Verlag. Berlin 1899) haben mit dem theoretischen Unterricht gleichzeitig eine Art allgemeinen Fortbildungs-Unterrichts verbunden und dem eigentlichen Krankenpflege-Cursus noch einen Unterricht im Rechtschreiben, Schönschreiben, in hauswirthschaftlicher Thätigkeit etc. zugefügt. Die Berechtigung und die Vortheile dieses Verfahrens sollen nicht im Entferntesten verkannt oder unterschätzt werden, und im Interesse einer grösseren Ausgleichung hinsichtlich des Niveaus der allgemeinen Bildung bei den ja verschiedenen Kreisen entstammenden neueintretenden Schülerinnen ist diese Einrichtung zweifellos aus mehreren Gründen werthvoll, aber immerhin darf man nicht vergessen, dass durch Anfügung derartiger Gebiete der Umfang des Unterrichts, der ohnehin, wie wir sahen, in den letzten Jahren ganz erheblich vergrössert worden ist, immer mehr erweitert wird; so beträgt in München bereits die Gesammtdauer der Vorlesungsstunden ein volles Jahr bei wöchentlich 10 und täglich 2 Unterrichtsstunden. Andere Pflegeschulen beschränken sich auf den oben umgrenzten Lehrumfang und kommen dabei mit 3 bis 6 Monaten Unterrichtsdauer und wöchentlich 2 bis 3 mal 2 Vortragsstunden aus. In den Specialkrankenanstalten mit nicht-genossenschaftlichem Pflegepersonal dauert der theoretische Unterricht gewöhnlich nur ca. 6 Wochen bei 2 mal wöchentlich stattfindendem 2 stündigem Unterricht; allerdings beschränken sich derartige Anstalten, denen in der Hauptsache darum zu thun ist, sich Personal für die eigenen Anstaltszwecke heranzubilden, noch meist auf eine speciellere Ausbildung in dem betreffenden Sonderzweige der Pflegethätigkeit z. B. Irrenpflege, Kinderpflege, Massage etc. Als durchschnittliche Dauer des theoretischen Unterrichts kann man, wenn sich derselbe eine allseitige und gründliche Belehrung in den genannten Gebieten zum Ziel setzt, etwa 6 Monate bei 2 mal wöchentlich 2 stündigem Vortrage rechnen.

Eine fernere Frage, die sich auf die Methodik des theoretischen Unterrichts bezieht, ist die, wer denselben übernehmen soll. In denjenigen Krankenanstalten, welche kein genossenschaftliches Personal ausbilden und verwenden, wird der Unterricht ausschliesslich durch die Anstaltsärzte ertheilt, welche ja gerade für eine Belehrung über das Gebiet der Krankenpflege die gegebenen und berufenen Lehrer sind. In manchen Anstalten unterrichten die Chefärzte selbst das auszubildende Personal; dieselben geben den theoretischen Unterricht in der Weise, dass der leitende Arzt der inneren Abtheilung in der Krankenpflege-Ethik, den Hilfsfächern und der allgemeinen Krankenpflege Unterweisung ertheilt, während der leitende Arzt der chirurgischen Abtheilung sich des Unterrichts in der chirurgischen Pflege, in der Instrumenten-, Operationsdienst- und Verbandlehre sowie in der Lehre von der ersten Hilfe und vom Krankentransport annimmt. In Hinsicht auf die langjährige Erfahrung der Chefärzte wird sich diese Ordnung der Angelegenheit als besonders vortheilhaft erweisen. Da jedoch die

leitenden Aerzte — dies gilt vor Allem für die grösseren Krankenanstalten, die nur einen Chefarzt haben — häufig in ihrer Zeit sehr stark in Anspruch genommen sind, so betraut man an manchen Anstalten einen älteren Assistenzarzt des Hauses mit dem Unterricht des Pflegepersonals. Verfügt derselbe über das nöthige Lehrtalent und nimmt sich der ihm übertragenen Aufgabe mit Eifer und Freudigkeit an, so wird auch bei dieser Handhabung der Unterricht in guten Händen sein, wobei noch als besonderer Vortheil in Betracht kommt, dass der Stationsarzt in der Lage ist, am Krankenbette selbst das im Cursus Vorgetragene noch weiter zu erläutern. In Krankenpflegeschulen, welche den eintretenden Schülern bezw. Schülerinnen einen umfassenderen und verschiedenartige Specialgebiete berücksichtigenden Unterricht vermitteln, wird man jedoch ausser den Hospitalärzten bisweilen noch andere ärztliche Lehrkräfte heranziehen müssen, z. B. für den Unterricht in der Massage, in der Krankenkochkunst etc. In den Krankenpflegeschulen grösserer Städte pflegt dieser Unterricht an geeignete Specialärzte abgegeben zu werden, die eigens für diesen Zweck vom Curatorium verpflichtet werden. Es ist dies hauptsächlich deshalb geboten, weil derartige Specialcurse gewöhnlich mit methodischen Uebungen verbunden sind, die die Zeit der Anstaltsärzte in übermässiger Weise in Anspruch nehmen würden. Der Natur der Sache nach kann ja der Unterricht in solchen specialtechnischen Fächern, wenn anders er gedeihlich wirken soll, kein rein theoretischer sein, sondern es wird sich stets empfehlen sogleich im Anschluss an die das Gebiet behandelnden theoretischen Vorträge einige practische Uebungen anzuschliessen.

Ueberhaupt erscheint es zweckmässig zu betonen, dass, wenngleich der theoretische Krankenpflege-Unterricht unserer Auffassung nach nur eine mehr vorbereitende, das Berufsgebiet zusammenfassende Bedeutung hat und dementsprechend als eine Art Einführung in die Pflegethätigkeit angesehen werden kann, es seinen Einfluss auf die Lernenden doch wesentlich herabmindern würde, wenn man sich dabei gänzlich auf die mündliche Unterweisung beschränken würde. Um angesichts des reichhaltigen und umfassenden Lehrstoffes, der in diesen Unterrichtscursen vorgebracht werden soll, ein möglichst gutes Verständniss des Einzelnen und ein ausreichendes Festhalten des Vorgetragenen zu erreichen, ist es nöthig den theoretischen Fachunterricht in allen seinen Theilen, soweit dies der Lage der Sache nach geschehen kann, durch eine geeignete Unterrichts-Methodik der Anschauung näherzubringen und zu beleben. Der theoretische Unterricht umfasst, wie bereits erörtert wurde, 3 Haupt-Abtheilungen, nämlich 1) die Lehre von der Krankenpflege-Ethik, 2) die elementare Unterweisung in den medicinisch-naturwissenschaftlichen Hilfsfächern (Anatomie, Physiologie, Symptomenlehre, Hygiene), 3) die Lehre von der eigentlichen Krankenpflege-Technik (allgemeine Krankenpflege, Krankencomfort, erste Hilfe, Krankentransport etc.). Selbst bei der Behandlung des ersten Theilgebietes, bei der Belehrung über die gesammten Berufspflichten, ist es von Vortheil das zur Besprechung ge-

langende Thema nicht nur in trockener Entwickelung vorzuführen, sondern durch die Beibringung zahlreicher und überzeugender Beispiele aus der Praxis das Vorgetragene zu beleben und zu erläutern. Wenn es der Lehrer versteht an jedem Punkte sogleich durch klare Veranschaulichung der practischen Bedeutung des Gegenstandes das erhöhte Interesse und die gesteigerte Aufmerksamkeit der Pflegeschüler wachzurufen, wird der Unterricht von ungleich grösserem und nachhaltigerem Erfolge begleitet sein. Für gewisse einzelne Lehrthemata aus dem Gebiete der Krankenpflege-Ethik bildet der theoretische Unterricht des Arztes eine sehr willkommene Unterstützung jener dauernden erziehlichen Unterweisung dar, welche bei den genossenschaftlichen Krankenpflegeschulen in den Händen der Oberin des betreffenden Schwesternhauses ruht und während der Gesammtdauer der Zugehörigkeit des einzelnen Mitgliedes zum Schwesternverbande fortbesteht. Dass der ethische Theil des theoretischen Unterrichts, der doch auch das Verhalten der Pflegepersonen zum Arzt und zum Kranken einschliesst, ganz aus dem Unterrichtsgebiete des Arztes ausscheide und allein, auch in seiner systematischen Vorführung, in die Hände der Oberin zu legen sei, wie E. Cohn (vgl. seinen Vortrag „Ueber den technischen Unterricht der Schwestern v. rothen Kreuz". Kassel 1899) vorschlägt, dürfte nicht von allen Seiten gutgeheissen werden. Zunächst müssen wir hier auch diejenigen Ausbildungsstätten berücksichtigen, welche nicht den genossenschaftlichen Organisationen angehören; in diesen fällt die Belehrung über Krankenpflege-Ethik ohnehin dem Arzte zu. Aber auch bei der Ausbildung innerhalb der genossenschaftlichen Verbände kann die systematische theoretische Unterweisung in der allgemeinen Pflichtenlehre des Berufes wohl dem Arzte verbleiben und auch hinsichtlich einer Belehrung der Pflegepersonen über die Pflichten in ihrem Verhalten zu einander, zu den Vorgesetzten und der Aussenwelt sich recht nützlich erweisen; natürlich soll und kann sie hingegen keineswegs eine weitere sorgsame Berathung der Schülerinnen und ausgebildeten Pflegepersonen in der Ausübung des Berufes selbst von Fall zu Fall, wie sie durch die Oberin geschieht, entbehrlich machen. Schliesslich jedoch ist es im Grunde nicht so sehr bedeutungsvoll, ob in diesem Punkte der Arzt oder die Oberin die Belehrung übernimmt; die Hauptsache bleibt immer, dass die Unterweisung eine eingehende und überzeugende ist. Es soll keineswegs geleugnet werden, dass die ethische Erziehung der Pflegepersonen, wie sie durch die Oberinnen der geistlichen und weltlichen Krankenpflege-Organisationen erfolgt, ausserordentlich günstige Resultate zu erzielen vermag, und die hohe, ideale Berufsauffassung, welche sich vielfach an den Zöglingen dieser Verbände zeigt, ist als der beste Beweis hierfür anzusehen. Mit vollem Rechte hebt Rumpf (vgl. den Aufsatz „Krankenhaus und Krankenpflege". Zeitschr. für Krankenpfl. 1896. pag. 211) als stete Aufgabe der Oberin eines Krankenpflege-Verbandes die Sorge hervor, den Verband in die richtige Bahn zu lenken, allen sich zeigenden Auswüchsen entgegenzutreten und die vorhandenen Kräfte

nach ihrer Eigenart auszubilden und zu verwenden" und erinnert an die grossen Verdienste, welche sich nach dieser ethisch-erziehlichen Richtung hin bekannte Oberinnen wie Florence Nightingale (St. Thomas-Hospital in London), Friederike Fliedner (Diakonissen-Anstalt Kaiserswerth a. Rh.) und Louise Fuhrmann (Victoriahaus in Berlin) erworben haben. Freilich fügt derselbe Autor hinzu: „Leider bringt es die Entwickelung der Krankenpflege-Verbände mit sich, dass nicht überall dem Arzte die nothwendige Stellung in der Erziehung und Leitung gewahrt ist"; er legt demnach dennoch Werth darauf, dass auch der Arzt sich an der erziehlichen Ausbildung der Pflegepersonen betheilige. Dass auch andere erfahrene Aerzte den wichtigen erziehlichen Einfluss des Arztes nicht unterschätzen, beweist der Umstand, dass sich in den besten von Aerzten verfassten Leitfäden der Krankenpflege stets auch ein Capitel über die Krankenpflege-Ethik vorfindet. Dass es auch Aerzte giebt, welche sich dafür entscheiden eine Betheiligung der Oberinnen an dem systematischen Unterrichte der Pflegepersonen gänzlich abzulehnen, zeigen folgende Worte E. Aufrecht's: „Zur Erreichung des Zieles muss die Ausbildung von Krankenpflegerinnen ausschliesslich den ärztlichen Leitern von Krankenhäusern anvertraut werden. Nur der Arzt vermag die Eigenschaften der Krankenpflegerin genau zu beurtheilen und zu entscheiden, ob sie sich für die Krankenpflege eignet, er allein kann sie an den rechten Platz stellen und die für den einzelnen Krankheitsfall geeignete Pflegerin auswählen; es wird einst unverständlich erscheinen, dass noch am Ende des 19. Jahrhunderts in überwiegendem Maasse Oberinnen oder Geistliche, welche Krankheit und Krankenbebehandlung nicht kannten, über Ausbildung, Anstellung und Vertheilung von Krankenpflegerinnen in erster Linie zu bestimmen hatten". (Anleitung z. Krankenpflege. Wien 1898. Hölder. pag. 6.). Wenn auch zwar dieser sehr scharfe Standpunct Aufrecht's nicht überall Beistimmung finden dürfte, so weist er doch darauf hin, dass gegenwärtig in ärztlichen Kreisen eine Strömung vorhanden ist, dahin gehend, dass dem ärztlichen Unterricht und der ärztlichen Erziehung der heranzubildenden Pflegepersonen bei der Fachschulung ein grösseres Uebergewicht zugebilligt werde. Jedenfalls erscheint es durchaus nothwendig, dass hinsichtlich des Lehrthemas der Krankenpflege-Ethik der ärztliche Einfluss und der der Oberin mit einander in zweckmässiger Weise handinhandgehen und sich gegenseitig ergänzen. Wenn es jedoch verschiedene Beurtheilung zulässt, wie weit die Betheiligung der Oberinnen als Lehrkräfte für den ethischen Theil des theoretischen Unterrichts zu gehen habe, so möchten wir annehmen, dass die Entscheidung dieser Frage hinsichtlich der beiden anderen Haupt-Abschnitte des systematischen Lehrcursus, welche die medicinisch-naturwissenschaftlichen Hilfsfächer und die Krankenpflege-Technik betreffen, leicht dahin erfolgen kann, dass es zweifellos ärztlichen Lehrkräften als den berufensten und geeignetsten vorbehalten sein sollte, diesen Theil der geordneten Unterweisung zu übernehmen. Dieser Anschauung stimmen auch sämmtliche Autoren

bei, welche diesen Unterrichts-Fragen in letzter Zeit nähergetreten sind. Dennoch hat es seitens der Oberinnen auch nicht an Ansprüchen gefehlt, sich an dem fachtechnischen Unterricht gleichfalls zu betheiligen. So sehr wir aber die Mitwirkung der Oberin bei der practischen Anleitung während der Berufsausübung und während der Bethätigung insbesondere in der Privatpflege als dauernde Beratherin begrüssen und hochschätzen, so wenig können wir dazu hinneigen diese Forderung zu begünstigen und fachtechnische Theile des Unterrichts ohne Mitwirkung der Aerzte in die Hände der Oberin zu legen. Selbst E. Cohn, welcher letzthin diese Frage am eingehendsten behandet hat, (l. c. pag. 3) und sich dafür ausspricht, den Unterricht in der Krankenpflege-Ethik gänzlich der Oberin zu vindiciren, hält entschieden daran fest, dass der gesammte fachtechnische Unterricht durch Aerzte erfolge.

Bereits weiter oben wurde es als wünschenswerth bezeichnet den theoretischen Unterricht durch die anzuwendende Unterrichts-Methodik möglichst zu beleben und dem Verständniss der Lernenden nahezubringen. Auch dass der Ton der Unterweisung sich dem durchschnittlichen Bildungs-Niveau der Pflegeschüler und -Schülerinnen, das für die betreffende Ausbildungsstätte in Betracht kommt, gut anpassen müsse, wurde bereits hervorgehoben. Es erübrigt jedoch noch etwas eingehender zu betrachten, auf welche Weise die Belehrung an Anschaulichkeit und Eindringlichkeit gewinnen kann. Unter den wissenschaftlichen Hilfsfächern, deren grundlegende Lehren in den Rahmen des theoretischen Krankenpflege-Unterrichts hineingehören, steht Anatomie und Physiologie an erster Stelle. Da dieser Lehrgegenstand vornehmlich Ansprüche an das Gedächtniss der Lernenden stellt, so ist es sehr zweckmässig, das Haftenbleiben des Vorgetragenen dadurch zu unterstützen, dass man, wie bei dem gesammten theoretischen Unterricht, soweit dies erreichbar ist, so auch hier die Anschauungs-Methode möglichst zur Geltung bringt, welche das Verständniss des Vorgetragenen wesentlich fördert und das Interesse der Hörer an dem Lehrgegenstand erhöht. Wie wir bereits, als von der Methodik des Unterrichts in der Krankenpflege-Ethik die Rede war, betonten, dass die Erörterung der verschiedenartigen Berufspflichten durch die Anführung zahlreicher prägnanter Beispiele aus der Praxis erläutert und belebt werden solle, so halten wir es für sehr zweckmässig, dei der Besprechung der Lehre vom Körperbau des Menschen dieselbe durch Demonstrationen geeigneter Abbildungen, Wandtafeln, Modelle zu veranschaulichen. Gerade für die Zwecke des theoretischen Krankenpflege-Unterrichts sollte jede Krankenpflege-Schule eine je nach den zur Verfügung stehenden Mitteln grössere oder kleinere Lehrsammlung besitzen, welche die für die erwähnten Demonstrationen beim Unterricht nöthigen Hilfs- und Lehrmittel enthält. Die Vortheile, welche sich aus der Möglichkeit einer solchen Verbindung der theoretischen Vorlesungen mit der gleichzeitigen Vorführung concreter Objecte für den Unterricht ergeben, sind mannigfach, da sowohl das augenblickliche Interesse an der Sache, als auch die richtige Begriffs-

bildung und das Verständniss für die Bedeutung des Gegenstandes erhöht werden. Für den anatomisch-physiologischen Theil des Unterrichts würden als besonders wünschenswerthe Lehrmittel in Betracht kommen: ein wohlerhaltenes menschliches Skelett und eine Anzahl guter, nicht zu kleiner, auf Leinewand oder Pappe gezogener Wandtafeln, welche die Befestigung der Muskeln an den Knochen und ihre Wirkung, den Blutkreislauf, die Lage der wichtigsten Organe im Körper und zu einander in mehr oder weniger schematischer, klar verständlicher Darstellung vor das Auge führen. Wo grössere materielle Mittel für den Unterricht zu Gebote stehen, empfiehlt sich auch die Beschaffung einiger Organmodelle aus Wachs oder Papiermaché, welche trotz ihres schematischen Characters sich doch in Form und Farben an die natürlichen Objecte möglichst anlehnen und gegenwärtig in einer sehr kunstvollen Weise hergestellt werden (vgl. P. Jacobsohn, Ueber d. theoret. Unterricht i. Krankenpflegeschulen. Deutsche Krankenpfl.-Ztg. 1898. pag. 30.). Diesen Forderungen Rechnung tragend, haben sich viele Ausbildungsstätten für Krankenpflegepersonen in der letzten Zeit in umfassenderem Maasse die Beschaffung der genannten Lehrmittel für den theoretischen Unterricht angelegen sein lassen. Auch von anderer Seite wurde der hohe Werth derselben hervorgehoben. So sagt Benninghoven, der sich um die technische Ausgestaltung der Anschauungsmittel besonders verdient gemacht hat: „Ein reiner anatomischer Vortrag ohne jede Demonstration würde vollständig zwecklos, sein Resultat gleich Null sein. Wer würde, um ein Beispiel anzuführen, im Stande sein dem Nichtarzt das Herz und seinen Bau ohne jedes weitere Hilfsmittel so zu beschreiben, dass er sich danach eine einigermaassen richtige Vorstellung davon machen könnte? Ich behaupte, das wäre rein unmöglich. Und wie klar hingegen, wie interessant erscheint dem Schüler sofort das ganze Bild, wenn er es an einem guten Modell vor sich sieht. Die Namen der Klappen, Gefässe mag er wieder vergessen, die rechte Vorstellung von dem, was er gesehen, prägt sich für immer seinem Gedächtniss ein. Wichtig ist es, dass die dem Lehrer zur Verfügung stehenden Unterrichtsmittel recht fleissig benutzt werden und bei Beginn und nach Schluss jeder Unterrichtsstunde jedem Schüler zugänglich sind. Dies ist besonders dann erforderlich, wenn an den betreffenden Cursen eine grössere Anzahl Schüler theilnimmt, und das Modell, welches beim ersten Schüler den Rundgang beginnt, während der Stunde garnicht in alle Hände gelangen kann (Deutsche Krankenpfl.-Ztg. 1899 pag. 66). Derselbe Autor hält es für wünschenswerth den Unterricht so einzurichten, dass zuerst nur leichtere, einfachere Dinge demonstrirt werden; er hält z. B. eine Unterweisung über Brust- und Baucheingeweide, welche zunächst nur kurz Namen und Lage der einzelnen Organe berührt, für die erste Stunde für geeignet; dann soll eine kurze Vorführung des Skeletts folgen, so, dass die hauptsächlichsten Knochen mit Namen angegeben und am Skelett gezeigt werden. Die zu frühe Vorführung schwierigerer Dinge würde dem Anfänger die Freude am Unter-

richt verleiden und es ihm unmöglich machen zu folgen. In der dritten Stunde kann sich dann der Unterricht über Herz und Kreislauf an der Hand eines Modells anschliessen. Zweckmässig werden mit der Demonstration der einzelnen Organe gleichzeitig Erläuterungen über ihre wichtigsten Functionen verbunden. Auf diese Weise wird am ehesten ein gutes Verständniss und ein leichtes Erfassen des Vorgetragenen erreicht. Zweifellos erweisen sich Modelle als Hilfsmittel des Unterrichts weit wirksamer als Abbildungen; sie haben für den hier in Betracht kommenden Zweck sogar entschiedene Vortheile vor natürlichen conservirten Präparaten, da letztere schwer erhältlich sind, sich nur verhältnissmässig kurze Zeit in den natürlichen Formen und Farben erhalten und zusammengeschrumpft nicht mehr zu gebrauchen sind. Mit Recht macht Benninghoven auch auf die angeborene Scheu, welche Nichtärzte vor dem Sichbeschäftigen mit Leichentheilen haben, aufmerksam; aus ähnlichen Gründen können wir auch die Theilnahme lernender Pflegepersonen an Sektionen nicht sehr befürworten. Abbildungen haben den Nachtheil, dass man sich nach ihnen keine hinreichende Vorstellung von Dimensionen machen kann, da sie gewissermaassen nur Durchschnitte darstellen und beim Anfänger manche Täuschungen veranlassen können; auch sind sie viel weniger dauerhaft als Modelle. Leider bildet der nicht ganz unerhebliche Preis guter anatomischer Modelle ein sich der allgemeinen Anschaffung entgegenstellendes Hinderniss. Von altbewährtem Ruf sind die französischen Modelle; es werden jedoch jetzt auch in Deutschland ausgezeichnete anatomische Modelle hergestellt. Am besten, weil der Natur am ähnlichsten, aber zugleich auch am theuersten, sind Wachsmodelle; Gips- und Papiermaché-Modelle sind etwas billiger. Am empfehlenswerthesten für den Krankenpflege-Unterricht sind die Modelle aus Papiermasse, da sie weniger leicht zerbrechen und besser zu transportiren sind; sie haben daher auch in den Krankenpflege-Schulen am meisten Verbreitung gefunden. Ein den Unterricht ergänzendes speciell für Krankenpflegepersonen berechnetes anatomisch-physiologisches Lehrbuch ist noch nicht vorhanden, doch enthalten die meisten Leitfäden der Krankenpflege eine zusammenhängende Darstellung über die hier in Frage kommenden Hilfsfächer, die zu Repetitionen ausreichen dürfte. Das die Anatomie gemeinverständlich behandelnde, sehr verbreitete Buch von Bock ist nach mancher Richtung zu ausführlich; empfohlen wird auch das Büchlein von Ebenhöch und die anatomischen Abbildungen desselben Verfassers.

Für den Unterricht in der Gesundheitspflege können wir das vom kaiserlichen Gesundheitsamt herausgegebenen „Gesundheitsbüchlein", (Berlin. Springer), das eine gemeinfassliche und klare Darstellung der Elemente der Gesundheitslehre enthält, und das im gleichen Verlage erschienene treffliche Buch von Sonderegger: „Vorposten der Gesundheitspflege" als Ergänzung der theoretischen Unterweisung besonders empfehlen. Der theoretische Unterricht in der Krankenbeobachtung ist, wie schon berührt, nur als ein vorbereitender anzusehen und ist auf die

practische Ergänzung durch Uebung am Krankenbette selbst unmittelbar angewiesen. Immerhin ist es auch bei der Behandlung dieses Lehrthemas von wesentlicher Bedeutung, dass der Lehrer sich fortdauernd die Ueberzeugung verschafft, dass der Inhalt seiner Vorträge von den Schülerinnen oder Schülern auch wirklich in geeigneter Weise aufgefasst und verstanden wird und in ihrem Gedächtnisse haften bleibt. Um diesen Zweck zu erreichen, empfehlen sich zwei Maassregeln, welche sich bei jedem derartigen Unterricht vorzüglich zu bewähren pflegen. Die eine besteht darin, dass am Anfang einer jeden nächstfolgenden Stunde des Unterrichts der Lehrer zunächst an die Schüler oder Schülerinnen eine Reihe von Fragen richtet, welche sich auf das in der vorhergehenden Stunde behandelte Unterrichtsthema beziehen; hierdurch kommt er in die Lage, zu erkennen, ob und inwieweit das von ihm Vorgetragene auf fruchtbaren Boden gefallen ist, und ob ferner der Ton des Unterrichts ein dem Bildungsstandpunkte und dem Begriffsvermögen der Zuhörer entsprechender gewesen ist. Erst nach Klarstellung der hierbei zu Tage tretenden Missverständnisse und irrigen Vorstellungen darf ein neues Unterrichtsthema zur Besprechung gelangen. Die zweite Maassregel besteht darin, dass der Lehrer die Schüler auffordert, ihm in jeder folgenden Unterrichtsstunde einen schriftlichen Aufsatz über das in der vorhergehenden Stunde Vortragene einzureichen. Die mehr oder weniger zufriedenstellende Art, in welcher diese Aufsätze ausgeführt werden, gestattet dem Lehrer nicht nur einen hinreichenden Einblick in die intellectuellen Fähigkeiten der einzelnen Schüler bezw. Schülerinnen, sondern die Abfassung dieser Aufsätze ist auch für die Facherziehung der Schüler selbst von grossem Vortheil, insofern sie dadurch in der Fähigkeit geübt werden, ihre Gedanken in klarer, präciser und knapper Form schriftlich zum Ausdruck zu bringen und das Wesentliche vom Unwesentlicheren zu unterscheiden. Eine derartige Uebung muss besonders werthvoll erscheinen im Hinblick auf die Nothwendigkeit guter und deutlicher Krankenberichte, welche der Arzt über die Zeit seiner Abwesenheit vom Krankenbette von den Pflegepersonen fordern muss (P. Jacobsohn, a. a. O. pag. 32). Ein Dictiren der Vorträge halten wir mit E. Cohn (l. c. pag. 7) für unzweckmässig, weil es die Schüler zur Unaufmerksamkeit verleitet und sie des eigenen Nachdenkens überhebt, auch die erwähnten Vortheile des selbstständigen klaren Zusammenfassens und Wiedergebens in Verlust bringt; die sich durch eine Reihe von Generationen fortpflanzenden erbstückartigen Dictathefte sind mit ihren Lücken, Ungenauigkeiten und Fehlern nichts weniger als erfreulich. Dass der Lehrer bei dem Unterricht überall den richtigen Ton für seine Unterweisung findet, ist für den Erfolg des Unterrichts geradezu von ausschlaggebender Bedeutung. Dieser Aufgabe zu genügen, ist indess keineswegs leicht; man begreift dies, wenn man erwägt, dass die Bildungsstufe der Schüler gewöhnlich gerade bei diesen Cursen keine ganz gleichmässige ist. Schon aus dieser Ungleichartigkeit in Bezug auf das Niveau der allgemeinen Vorbildung,

deren Beseitigung ja zweifellos einen sehr wichtigen Fortschritt in der Hebung des Krankenpflegeberufes darstellen würde, ergiebt sich für den Lehrer die Nothwendigkeit einer möglichst weitgehenden Individualisirung beim Unterricht. Es muss der Ton des Unterrichts stets so eingerichtet werden, dass auch die weniger gebildeten Elemente der Zuhörerschaft demselben mit ausreichendem Verständniss folgen können. Der Lehrer muss sich bemühen, sowohl den Bildungsstandpunct der einzelnen Schüler resp. Schülerinnen richtig zu erkennen, als auch bei denjenigen unter ihnen, deren Vorbildung sich in erheblicherem Maasse als lückenhaft erweist, durch eingehende und sorgfältige, besonders klare und oft wiederholte persönliche Auseinandersetzung mit den Betreffenden der mangelhaften Ausbildung der geistigen Fähigkeiten nachzuhelfen. Auch ist es nöthig, die Schüler eindringlich dazu aufzufordern, dass sie, falls ihnen irgend ein Punct dunkel geblieben ist, den Lehrer von selbst bitten, nochmals über den fraglichen Gegenstand eine genaue Erklärung zu geben.

Ein weiterer Punct der Unterrichts-Methodik, der der Beachtung nicht unwerth zu sein scheint, ist die Frage nach der zweckmässigen Verwendung gedruckter Lehrmittel. In erster Linie würden hierbei die zahlreichen Leitfäden und Lehrbücher in Betracht kommen, welche entweder das Gebiet der gesammten beruflichen Pflegethätigkeit oder aber nur bestimmte specielle Theilgebiete derselben mehr oder weniger eingehend in einer dem durchschnittlichen Verständniss der ärztlichen Hilfspersonen angemessenen Form und in systematischer Eintheilung behandeln. Die einschlägige Fach-Litteratur ist ziemlich reich an derartigen Lehrbüchern über Krankenpflege grösseren oder geringeren Umfanges, und insbesondere die letzten Jahre haben eine Anzahl trefflicher und werthvoller gemeinverständlich gehaltener Bearbeitungen, meist aus der Feder erfahrener Hospitalärzte, gebracht, welche sich auch in besonderem Maasse als Hilfsmittel für im Krankenpflege-Unterricht noch nicht über persönliche Erfahrungen verfügende Aerzte bewähren dürften. Aber auch die ältere Fach-Litteratur hat sehr beachtenswerthe und vorzügliche Werke dieser Art aufzuweisen, welche zum Theil viele treffende und gediegene Rathschläge und Anweisungen aus dem Gebiete der Krankenpflege enthalten, die auch heute noch volle Geltung haben. Manche Ausführungen der älteren Lehrbücher freilich müssen naturgemäss jetzt als veraltet oder unvollständig angesehen werden. Von älteren Schriften, welche hier besondere Erwähnung verdienen, seien genannt: Dieffenbach, Anleitung zur Krankenwartung. Berlin 1832. — Florence Nightingale, Notes on nursing. London 1860. — Dieselbe, Rathgeber f. Gesundheits- und Krankenpflege, übersetzt von P. Niemeyer. Leipzig 1878. — Florence S. Lees, Handbuch für Krankenpflegerinnen, übersetzt v. P. Schliep. Berlin 1874. — Mencke, Häusliche Krankenpflege. Berlin 1875. — Marie Simon, Die Krankenpflege. Leipzig 1876. — Courvoisier, Die häusliche Krankenpflege. Basel 1876. — Gedicke, Handbuch d. Krankenwartung, neu bearbeitet v. Ravoth. Berlin 1877. — Taschenbuch für Krankenpflegerinnen 1879.

— v. Rosen, Leitfaden f. Krankenpflegerinnen. Wien 1882. — Seiler, Leitfaden der Krankenpflege. Leipzig 1886. — Unterrichtsbuch für Lazarethgehilfen. Berlin 1886. — Lorenz, Die Krankenpflege. Gotha 1890. — J. Cullingworth, Manual of nursing. London 1889. — P. Rupprecht, Die Krankenpflege im Frieden und Kriege. Leipzig 1890. — Göring, Lehrbuch f. Krankenpflegerinnen. Bremen 1891. — Riebel, Leitfaden der Krankenwartung. Berlin 1889. — Billroth, Die Krankenpflege im Hause u. Hospitale. Wien 1889 (3. Aufl.).

Manche der zuletzt erwähnten Schriften sind dann später noch neu aufgelegt und entweder vom Verfasser oder einem anderen Bearbeiter vermehrt und vervollständigt worden, so dass sie auch noch gegenwärtig vielfach in Gebrauch sind. In besonderem Maasse gilt dies von dem ausgezeichneten Billroth'schen Buche, das seit des Verfassers Tode von seinem Schüler Gersuny herausgegeben wird und den Uebergang zu der neueren Fach-Litteratur bildet. Die neueren Lehrbücher und Leitfäden der Krankenpflege haben ihren Inhalt, entsprechend den technischen Fortschritten und personellen Vervollkommnungen der letzten Zeit, erheblich erweitert und so den gesteigerten ärztlichen Anforderungen an Wissen und Leistungen der berufsmässigen Pflegepersonen Rechnung getragen. Von diesen neueren Schriften seien hier angeführt: M. Mendelsohn, Comfort d. Kranken. Berlin 1890. — L. Fürst, Die häusl. Krankenpflege, bes. des Kindes. Leipzig 1891. — F. Kiesewetter, Krankenpflege in der Familie. Troppau 1892. — E. Guttmann, Krankendienst. Leipzig 1893. — Sick, Die Krankenpflege. Stuttgart 1893. — Marx, Handbüchlein d. Krankenpflege. Paderborn 1893. — A. Hoffa, Anleitung f. Krankenpfleger. Würzburg 1894. — P. Wagner, Die Krankenpflege im Hause. Leipzig 1896. — Salzwedel, Leitfaden d. Krankenwartung. Berlin 1896. — Eichhoff, Leitfaden f. d. Unterricht in d. Krankenpflege. Frankfurt a. M. 1896. — Witthauer, Leitfaden für Krankenpflegerinnen in Krankenhaus und Familie. Halle 1897. — J. Lazarus, Krankenpflege. Handbuch f. Krankenpflegerinnen u. Familien. Berlin 1897. — E. Aufrecht, Anleitung z. Krankenpflege. Wien u. Leipzig 1898. — Eschle, Abriss d. Gesundheits- und Krankenpflege. Freiburg 1899. — L. Pfeiffer, Taschenbuch d. Krankenpflege. Weimar 1900. — Rumpf, Leitfaden der Krankenpflege. Leipzig 1900.

Von ausländischen Werken erwähnen wir ferner: C. Calliano, Assistenza agli infermi nell' ospedale ed in famiglia. Mailand 1892. — G. Lewis, Nursing: its theory and practice. — Isabel Hampton, Nursing. — A. N. Nolst Trénité, Handboek der Ziekenverpleging. Amsterdam 1895. — G. A. Hawkins-Ambler; The gentle art of nursing the sick. London 1896 (deutsche Bearbeitung von P. Jacobsohn. Berlin 1897). — Domville, Manual for hospital nurses and others engaged in attending on the sick. London 1896. — E. Lückes, Lectures on general nursing. 5. ed. London 1897. — E. Lückes, Hospital sisters and their duties. 3. ed. London 1897. — Bourne-

ville, Manuel pratique de la garde-malade et de l'infirmière. Paris 1897. — Brunner, Grundriss d. Krankenpflege. Zürich 1901.

Von den in letzter Zeit erschienenen in deutscher Sprache abgefassten Anleitungen zur Krankenpflege sind als in besonderem Maasse ausgezeichnet sowohl hinsichtlich der Art der Darstellung als auch der eingehenden Behandlung des Stoffes zu bezeichnen die Bücher von Salzwedel, Witthauer, Lazarus, Aufrecht, Pfeiffer, Rumpf; die übrigen oben genannten Schriften sind kürzere, mehr in Form eines Grundrisses oder Leitfadens abgefasste und vorwiegend zu Repetitionen geeignete Behandlungen des Gegenstandes.

Von Leitfäden, welche sich auf einzelne Specialgebiete der Pflegethätigkeit beziehen, nennen wir noch einige, die sich besonderer Beliebtheit erfreuen. Für die Irrenpflege: M. Tippel, Leitfaden z. Unterricht f. das Pflegepersonal an öffentl. Irrenanstalten. Berlin 1897. — R. Schröter, Belehrungen f. das Wartpersonal an Irrenanstalten. Wiesbaden 1897. — H. Schlöss, Leitfaden z. Unterricht f. das Pflegepersonal an öffentl. Irrenanstalten. Wien u. Leipzig 1898. — L. Scholz, Leitfaden f. Irrenpfleger. Halle a. S. 1900. Für die Kinderkrankenpflege: Biedert, Kinderernährung im Säuglingsalter und Pflege von Mutter und Kind. Stuttgart 1897. — L. Taussig, Ernährung und Pflege des Kindes bis z. Ende des 2. Lebensjahres. Wien u. Leipzig 1899. — F. Fischer, Das erste Lebensjahr in gesunden und kranken Tagen. Jena 1899. — Friedmann, Die Pflege und Ernährung des Säuglings. Wiesbaden 1900. Für die Wochenpflege: L. Pfeiffer, Regeln für die Wochenstube u. Kinderpflege. Weimar 1892. — Beaucamp, Die Pflege d. Wöchnerinnen u. Neugeborenen. Bonn 1895. — H. Walther, Leitfaden z. Pflege d. Wöchnerinnen u. Neugeborenen. Wiesbaden 1898. Für die Badepflege und Massage: Granier, Lehrbuch f. Heilgehilfen u. Massöre. Berlin 1898. — Derselbe, Die Badehilfe. Leitfaden f. Bademeister, Heilgehilfen u. Krankenpfleger. Berlin 1901.

Für die Methodik des theoretischen Unterrichts ist die Frage von Bedeutung, ob man den Schülern bezw. Schülerinnen schon während der ersten Unterweisungszeit ein gedrucktes Lehrbuch der Krankenpflege in die Hand geben soll. Wir glauben diese Frage verneinen zu müssen, in der Erwägung und Erfahrung, dass es besser ist, das Interesse der Schüler zunächst einzig und allein für die mündlichen Vorträge des Lehrers in Anspruch zu nehmen. Sie werden diesen Vorträgen entschieden mit grösserer Aufmerksamkeit und emsigerem Eifer lauschen, wenn sie nicht in den Stand gesetzt sind, ihre schriftlichen Aufsätze über das in der vorhergehenden Lehrstunde Vorgetragene aus einem Buche, in dem „das ja alles schon gedruckt steht", abzuschreiben. Auch dürfte das Interesse der Schüler während der Vorträge nicht gerade dadurch gefördert werden, dass dieselben in der Lage sind, sich schon vorher auf eigene Hand und in unzweckmässigem Uebereifer mit mehr weniger richtigem Verständniss das im Voraus durchzulesen, was der Lehrer in einer späteren Stunde vorzuführen beabsichtigt. Hieraus ergiebt sich auch, dass es unzweckmässig ist, wenn der Lehrer sich bei seinen

Vorträgen genau an ein bestimmtes Lehrbuch der Krankenpflege und an dessen Eintheilung und Gliederung des Stoffes hält. Ein weit grösserer Erfolg ist von den theoretischen Vorlesungen zu erwarten, wenn der Lehrer in unabhängiger freier Weise und der augenblicklichen Eingebung folgend, sein Lehrthema erörtert. Unzweckmässig ist es auch, was schon berührt wurde, den Schülerinnen oder Schülern zu gestatten, den gesammten Vortrag des Lehrers wörtlich nachzuschreiben, vielmehr sollen sie mit gespannter Aufmerksamkeit zuhören und sich nur hin und wieder eine kleine Notiz machen. Der Besitz eines geeigneten und sorgfältig ausgewählten technischen Lehrbuches der Krankenpflege kann den Schülern hingegen nach Beendigung des Unterrichtscursus sehr zu Statten kommen, indem ein Solches ihnen sowohl Wiederholungen des gesammten Lehrpensums erleichtert, als auch für sie einen zuverlässigen Rathgeber während ihrer weiteren practischen Bethätigung am Krankenbette abgiebt.

Diese aus practischer Erfahrung gewonnenen Grundsätze gelten sowohl für denjenigen Theil des Krankenpflege-Unterrichts, der die naturwissenschaftlich-medicinischen Hilfsfächer umfasst, als auch ganz besonders für den Unterricht in der eigentlichen Krankenpflege-Technik. Für den letzten Theil des geordneten Lehrganges kommt, wohl in noch höherem Maasse als bei den sonstigen Lehrthematen, die Anschauungsmethode als wichtigstes und werthvollstes Hilfsmittel beim Unterricht in Betracht. Wollte man sich bei der Behandlung des technischen Theiles nur darauf beschränken, die verschiedenen Handreichungen und Hilfeleistungen der Krankenpflege und die richtige Art ihrer Ausführung mit trockenen Worten hintereinander vorzuführen, so könnte es nicht ausbleiben, dass sehr Vieles von dem Vorgetragenen unverstanden bleiben und der Erfolg der Unterweisung sehr zu wünschen übrig lassen würde. Daher ist es gerade für diesen Theil der systematisch-gegliederten Vorlesungen unbedingt erforderlich, sich in möglichstem Umfange der Anschauungsmethode zu bedienen, welche sich hier, da es sich fast ausschliesslich um die Vorführung bestimmter Handgriffe und Methoden handelt, in weitestem Umfange zur Anwendung bringen lässt. Da die Technik der Krankenpflege, soweit sie in den Wirkungsbereich des Pflegepersonals fällt, und insbesondere die Ausführung der einzelnen Methoden bei den verschiedensten Erkrankungen im Wesentlichen immer die gleiche bleibt, so leuchtet es ein, dass dieselbe zu einem sehr grossen Theile auch bei einem systematisch-geordneten Unterricht der Demonstration zugänglich ist. In der That können sehr viele Handreichungen und Kunstgriffe aus dem Gebiet der Krankenpflege-Technik an den Schülern selbst oder an sonstigen gesunden Personen, beispielsweise einigen Reconvalescenten aus dem Hospital oder endlich an einem geeigneten Phantom recht gut gezeigt werden. Erinnert sei diesbezüglich nur an die Unterweisung über den Transport der Kranken, über die Herrichtung des Krankenbettes, über das Anlegen der Umschläge und Verbände, über die Anwendung der Wärme und der Kälte auf den Körper des Kranken u. s. w. Sehr zu empfehlen ist es, dass

den Schülern und Schülerinnen sogleich beim theoretischen Unterricht die wichtigsten und am häufigsten gebrauchten Geräthschaften der Krankenpflege, diese unentbehrlichen Hilfsmittel aller Krankenpflege-Technik, selbst vorgeführt und, soweit dies möglich ist, in ihrer Anwendung demonstrirt werden. Durch dieses Verfahren wird das Interesse am Unterricht in ganz ausserordentlicher Weise gefördert und die richtige Auffassung der geschilderten Methoden bedeutend erleichtert. Wenn man einen Gegenstand sieht, ihn in die Hand nehmen kann, die Art seiner Verwendung eingehend zu betrachten in der Lage ist, so kann man sich ein viel deutlicheres Bild, eine viel richtigere und zutreffendere Vorstellung von ihm machen, als wenn man nur von ihm hört. Es muss daher als sehr wünschenswerth bezeichnet werden, dass die Lehrmittel-Sammlung für die Zwecke des theoretischen Unterrichts, deren Vorhandensein wir bereits als ein wichtiges Hilfsmittel bei der Unterweisung der Schüler bezeichnet haben, eine möglichst umfassende und reichhaltige Zusammenstellung der wichtigsten und bei der technischen Ausübung der Krankenpflegethätigkeit am häufigsten in Anwendung kommenden Geräthe und Apparate enthalte. Wenn auch eine Kenntniss der so verschiedenartigen, für die Zwecke der Krankenpflege in Krankenanstalten und im Privathause geschaffenen technischen Vorrichtungen allmählich im practischen Krankendienste gewonnen werden kann, so ist es doch von erheblichem Vortheil, wenn die angehenden Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger gleich beim systematischen Unterricht einen Ueberblick über das im Arsenal der Krankenpflege zur Verfügung stehende „Rüstzeug“ erhalten. Heutzutage, wo mit besonderem Eifer an der Verbesserung der der Krankenpflege dienenden Geräthschaften gearbeitet und so manche vortreffliche Neuerung in dieser Hinsicht geschaffen wird, ist es besonders werthvoll für die Schüler die auf diesem Gebiete gemachten Fortschritte kennen zu lernen. Wie gross im einzelnen Falle der Umfang einer solchen Lehrsammlung für den theoretischen Unterricht zu bemessen ist, hängt in erster Linie natürlich von den für diesen Zweck zu Gebote stehenden materiellen Mitteln ab. Da eine grössere Anzahl der in der Krankenpflege zur Anwendung gelangenden Geräthschaften ziemlich kostspielig ist, insbesondere diejenigen umfangreicheren technischen Vorrichtungen, welche speciell für den Gebrauch in grösseren Krankenanstalten geschaffen sind, so wird in den meisten Fällen auf eine Anschaffung dieser Apparate und auf ihre Aufnahme in die Lehrmittel-Sammlung Verzicht geleistet werden müssen. Jedoch kann man sich in der Weise helfen, dass man diese technischen Vorrichtungen und Apparate entweder in Modellen, die in verkleinertem Maassstabe ausgeführt sind, beschafft, oder, wo auch dies nicht möglich ist, sie wenigstens in geeigneten und instructiven Abbildungen vorführt. Die kleineren Geräthschaften der Krankenpflege, insbesondere die tagtäglich am Krankenbette zu den häufigsten Handreichungen erforderlichen Geräthe müssen aber jedenfalls in der Lehrsammlung vertreten sein, namentlich aber diejenigen Krankenpflege-Utensilien, deren Beschaffung

für die Privatpflege oft mit zu den Obliegenheiten der Krankenpflegepersonen gehört. Es wurde bereits erwähnt, dass eine grosse Reihe von Handreichungen und Hilfsleistungen am Krankenbette, zu deren Ausführung es keiner besonderen Geräthschaften bedarf, bei Gelegenheit des theoretischen Unterrichts an den Schülern selbst, an geeigneten Reconvalescenten oder an einem Phantom zur Anschauung gebracht werden können. Was ein solches Unterrichts-Phantom für die Krankenpflege anlangt, so dürfte sich am meisten die Benutzung einer aus Holz gedrechselten und mit Gelenken versehenen Puppe von der Grösse eines erwachsenen Menschen empfehlen, wie sie gegenwärtig in vorzüglicher Weise für derartige Zwecke hergestellt werden, aber auch billigere Phantome, mit Sägespänen oder Watte gefüllt und mit Segeltuch oder Gummistoff bezogen, können für den Unterricht nützlich verwendet werden. Bei dem Unterricht in der Technik der Arzneidarreichung und der Ausführung der diesbezüglichen ärztlichen Anordnungen durch das Pflegepersonal ist es ferner von Vortheil, wenn die verschiedenen besonders häufig zur Anwendung gelangenden Arzneiformen, wie Lösungen, Pillen, Pulver, Salben etc. gleich während des Unterrichts an Beispielen und Proben den Schülern vor das Auge geführt und in die Hand gegeben werden. Desgleichen empfiehlt es sich, während der theoretischen Vorträge über die Technik der Antisepsis und Desinfection den Schülern an Ort und Stelle nicht nur Proben der wichtigsten keimtödtenden Substanzen, sondern auch deren Verwendung zur Herstellung geeigneter antiseptischer Lösungen zu zeigen. Auch eine Vorführung der wichtigsten Verbandmaterialien und der besonders häufig gebrauchten chirurgischen Instrumente in natura ist bei der Behandlung der diesbezüglichen Lehrthemata sehr erwünscht. Um diesen letzterwähnten Bedürfnissen zu entsprechen, ist es zweckmässig, für den theoretischen Unterricht sog. Anschauungskästen zu verwenden (P. Jacobsohn), welche in übersichtlicher Anordnung Beispiele für die wichtigsten Arzneiformen, ferner eine geeignete Auswahl der verschiedenen antiseptischen Mittel, Verbandstoffe und Instrumente enthalten (vgl. Deutsche Krankenpfl.-Ztg. 1898. pag. 68). Was beim theoretischen Unterricht nicht in Wirklichkeit und in „Lebensgrösse" vorgeführt werden kann, sollte wenigstens durch klare und deutliche Abbildungen erläutert und zu Verständniss gebracht werden. Auch von Zeit zu Zeit während des Unterrichtscursus zu unternehmende „Ausflüge" in die verschiedenen Theile des Krankenhauses z. B. in den Operationssaal, die Verbandkammer, die Waschküche, den Desinfectionsraum etc. werden sich nutzbringend erweisen.

Den Lehrgang in der Krankenkochkunst empfiehlt H. Schlesinger so zu gestalten, dass sich sogleich an die rein theoretischen Vorlesungen, von denen etwa 3 oder 4 nöthig sind, practische Uebungen, die jedoch gleichfalls von theoretischen Erläuterungen begleitet sind, anschliessen. Die Schüler und Schülerinnen sollen zunächst im Hinblick auf die primitivsten Verhältnisse, wie sie beim einfachen Arbeiter und Tagelöhner vorliegen, belehrt werden, damit sie später in den verschiedensten Kreisen

in der Privatpflege ihre Kenntnisse verwerthen können. Sie sollen in erster Linie lernen die allereinfachste Krankenkost zuzubereiten, und sich dabei der allergewöhnlichsten Herstellungsmittel zu bedienen; denn, wie Schlesinger mit Recht hervorhebt, ist es für Jemand, der z. B. einen Reisschleim aus Reiskörnern zu bereiten versteht, ein ausserordentlich Leichtes, ihn auch aus Knorr'schem Reismehl herzustellen. Nach und nach folgen dann im Unterricht Zubereitungen der Getreidemehl- und Schleimsuppen aus Mehlen und Mehlpräparaten (Oat meal, Quaker oats u. dgl.), vegetabilische Suppen (Obstsuppen), dann bei den Zubereitungen aus Fleisch Flaschenbouillon, Beef-tea, Fleischpurée, Fleischpulver, Fleischgelées, deren Herstellung den Pflegepersonen bekannt sein muss im Hinblick darauf, dass solche einfachen Componenten der Krankenkost zwar in der Grossstadt fertig bezogen werden können, auf dem Lande jedoch erst jedesmal aus den Rohstoffen selbst zu gewinnen sind; sodann folgen die Zubereitungen der Eier selbst und der einfachsten Eierspeisen (Eierweisswasser, Eierrahm). Für die Technik der Krankenküche sind ferner von grosser Wichtigkeit die zur Erfrischung und Labung des Kranken geeigneten Getränke (Brot-, Reis-, Gersten-Wasser, Limonaden, Orangeade, Mandelmilch). Schliesslich ist es auch wünschenswerth, die Anwendungsweise der gebräuchlichsten diätetischen Präparate (Fleischpeptone, Fleischextracte, Somatose, Nutrose, Tropon etc.) vorzuführen, ebenso die Kindermehle und Kindernährmittel, deren Kenntniss und Verwendung für die Berufsthätigkeit in der Privatpflege besonders erforderlich ist. Bewährt hat sich beim Unterricht die Methode, dass man die Schülerinnen jede Speise und jedes Getränk, das sie unter Leitung des Lehrers zubereitet haben, auch selbst kosten und probiren lässt; es ist dies Verfahren wichtig, sowohl deshalb, weil sie dadurch kennen lernen, wie die einzelnen Zubereitungen vor sich gehen müssen, um wirklich schmackhaft zu sein, als auch deshalb, weil sie nur so eine gewisse Selbstständigkeit gewinnen, zu beurtheilen, worin sie bei der Herstellung einer Krankenspeise es etwa irgendwie noch haben fehlen lassen (vgl. Deutsche Krankenpfl.-Ztg. 1898. pag. 107).

Am Schlusse dieser Erörterungen über die Methodik des systematischen Krankenpflege-Unterrichts noch einige Bemerkungen über die Fortbildung der bereits fertig geschulten Pflegepersonen. Eine Art Fortbildungs-Unterricht erscheint besonders für diejenigen Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen geboten, welche in freier selbstständiger Weise die Krankenpflege als Beruf ausüben, ohne mit einer genossenschaftlichen Organisation in dauerndem Zusammenhange zu stehen, und ferner auch für diejenigen Angehörigen einer Krankenpflege-Genossenschaft, welche längere Zeit hindurch hintereinander keine Hospitalthätigkeit ausgeübt haben, sondern während eines grösseren Zeitabschnittes ausschliesslich in der Privat- resp. Gemeindepflege, oftmals in weitabliegenden kleinen Orten, Verwendung fanden. Für die bezeichneten Categorieen von Pflegepersonen ist es dringend nöthig, dass sie sich fortgesetzt in Bezug auf Wissen und Leistungsfähigkeit auf der Höhe des beruflichen Niveaus

erhalten. Um dieses Ziel zu erreichen, bedarf es solcher Einrichtungen, die selbst den isolirt stehenden Pflegepersonen eine Theilnahme an den fachlichen und beruflichen Fortschritten der Gegenwart gestatten. Was die einem genossenschaftlichen Verbande zugehörigen Pflegepersonen betrifft, so hat man vorgeschlagen, dass eine lange dauernde, ununterbrochene Bethätigung in Gemeindepflegen auf dem Lande überhaupt möglichst vermieden werden und die Beschäftigung der einzelnen Verbandsangehörigen so geregelt werden solle, dass auf eine gewisse Thätigkeitszeit in der Privat- und Gemeindepflege stets immer wieder eine Zeit der Pflegethätigkeit im Krankenhause folgt; hierdurch wird zu einer Wiederauffrischung der Kenntnisse und zu einer Annäherung an die Ausbildungsstätten der betreffenden Organisation Gelegenheit geboten. Während der jeweiligen Hospitalthätigkeit können alsdann die älteren Jahrgängen zugehörenden Pflegepersonen an geeigneten Wiederholungscursen, welche durch die Anstaltsärzte abgehalten werden, theilnehmen, bezw. ab und zu veranlasst werden, den theoretischen Vorlesungen, welche in erster Linie für die neueingetretenen Zöglinge bestimmt sind, beizuwohnen. Ein ferneres, sehr wichtiges und wirksames Hilfsmittel, um eine geeignete Fortbildung der bereits fertig geschulten und im Berufe thätigen Pflegepersonen zu erzielen, bildet die Lectüre passender Lehrbücher und vor Allem geeigneter periodischer Fachschriften. Es ist wünschenswerth, dass von Seiten der Verbandsleitungen dafür Sorge getragen wird, dass jede Pflegeschule mit einer zweckmässig zusammengestellten Fachbibliothek ausgerüstet ist, deren Bestandtheile auch den auswärts beschäftigten Verbandsmitgliedern leihweise zugänglich sind. Die für diese Zwecke in Frage kommenden Lehrbücher und Leitfäden über Krankenpflege sind bereits oben erwähnt worden. Von periodischen Fachschriften, die sich für das Pflegepersonal nach Ton und Inhalt eignen, sind zu nennen: 1. Die als Fachzeitschrift für die Gesammtinteressen des Krankenpflegeberufes 2 mal monatlich erscheinende, von E. Dietrich und P. Jacobsohn begründete und vom Verfasser redigirte „Deutsche Krankenpflege - Zeitung“ (Verlag E. Staude, Berlin). 2. Deutscher Kalender für Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen. Jahrgang 1899, 1900, 1901. Herausgegeben von G. Meyer. (Verlag J. Rosenheim, Frankfurt a. M.) 3. speciell für Irrenpflegepersonen: Die Irrenpflege. Monatsblatt zur Hebung, Belehrung und Unterhaltung des Irrenpflegepersonals. Herausgegeben von K. Alt. (Verlag C. Marhold, Halle a. S.). Alle diese litterarischen Unternehmungen sind mit Erfolg bestrebt, die im Berufe thätigen männlichen und weiblichen Pflegepersonen, ohne Rücksicht darauf, ob sie geistlichen oder weltlichen Charakter haben, ob sie einer Genossenschaft angehören oder nicht, über die Fortschritte und Leistungen auf dem Gebiete der Krankenpflege dauernd zu belehren und durch Vorführung gediegener Abhandlungen aus der Feder erfahrener Fachleute zu fördern. Man bemüht sich zugleich durch das Band beruflicher Zusammengehörigkeit ein Gefühl der Collegialität und gegenseitigen Achtung unter den Pflegepersonen hervor-

zurufen, durch Betonung der gemeinsamen Berufsinteressen einen gangbaren Weg zu schaffen, in Verfolg dessen sich die vielfachen unerfreulichen Spaltungen und Zerklüftungen, die sich gerade noch in der Organisation des ärztlichen Hilfspersonals zeigen, hoffentlich allmählich werden überbrücken lassen.

### 3. Krankenpflege-Unterricht für Laien.

Bereits an mehreren Stellen dieses Werkes (so auf pag. 176 in dem den Krankencomfort behandelnden Capitel und auf pag. 272 des Abschnittes über die personelle Krankenwartung) ist kurz darauf hingewiesen worden, dass es in der Gegenwart nicht als hinreichend angesehen werden könne, wenn für eine vervollkommnete Belehrung der Aerzte und der berufsmässigen Pflegepersonen über das Fachgebiet der Krankenpflege Sorge getragen wird, dass vielmehr auch ein sich an weite Kreise der Bevölkerung wendender öffentlicher Krankenpflege-Unterricht als ein im Interesse der allgemeinen Wohlfahrt sich geltend machendes Bedürfniss betrachtet werden müsse. Das Verlangen nach einem Unterricht in der Krankenpflege, der für weitere Volkskreise bestimmt ist, ist erst in den letzten Jahren mehr und mehr hervorgetreten, und zwar ist die Anregung zu einer derartigen öffentlichen Belehrung vorwiegend von ärztlicher Seite ausgegangen, ein Umstand, der ohne Zweifel seinen Grund darin hat, dass gerade die Aerzte sich in der letzten Zeit in viel höherem Maasse als früher bewusst geworden sind, welche ungemein wichtige und wirksame Unterstützung sie für die Erfolge der Krankenbehandlung gewinnen, wenn die personelle Umgebung der Kranken für die Pflege in geeigneterer Weise vorbereitet ist und ihnen mit besserem Verständnis zur Hand gehen kann. Um die Forderung eines öffentlichen Krankenpflege-Unterrichts zu begründen, welcher für Personen ertheilt wird, die die Krankenpflege nicht als ihren eigentlichen Lebensberuf ansehen, ist es nöthig, sich zu vergegenwärtigen, dass die Gesammtsumme berufsmässiger Krankenpflege, wie sie in der Gegenwart der Bevölkerung zur Verfügung steht, trotz des gedeihlichen Emporblühens der zahlreichen sich auf diesem Gebiete bethätigenden Organisationen und Vereine, doch numerisch in keiner Weise ausreicht, um das durch die enorme Zahl von überhaupt vorkommenden Erkrankungen entstehende Pflegebedürfnis zu befriedigen. Ganz naturgemäss ist es unmöglich und wird in absehbarer Zeit auch unmöglich bleiben, dass einem jeden schwerer erkrankten Individuum seitens einer vollgeschulten Berufspflegerin im Hause wird Beistand geleistet werden können. Es wäre dies eine ideale Forderung, die sich im practischen Leben nicht verwirklichen liesse, und auch ohne jede therapeutische Schädigung der Kranken unerfüllt bleiben kann; denn für den thatsächlich unbemittelten Theil der Bevölkerung ist, wie heute allgemein von sachverständiger Seite anerkannt wird, die häusliche Pflege gar nicht einmal als die beste und zweckmässigste anzusehen, weil die unvermeidliche Beschränkung in materieller Beziehung der ausreichenden Entfaltung der Pflegemittel ein

in vielfacher Hinsicht unüberwindliches Hinderniss entgegenstellt. Mehr und mehr hat dank der in der letzten Zeit erreichten hervorragenden Ausgestaltung und Vervollkommnung des Krankenhauswesens die Einsicht und Ueberzeugung nicht nur in ärztlichen Kreisen, sondern erfreulicherweise auch in der Bevölkerung selbst Boden gewonnen, dass der Arme bei schwererer Erkrankung nirgends auch nur entfernt so gut aufgehoben ist als in einer unserer modernen öffentlichen Krankenanstalten, wo ihm sowohl in materieller als personeller Hinsicht eine durchaus befriedigende und vorzügliche Fürsorge zu Gebote steht. Kommt so durch den Aufenthalt im Krankenhause schon ein wesentlicher Bruchtheil häuslicher Pflege für die unbemittelte Bevölkerung in Fortfall, so wird das Bedürfniss nach einer solchen noch weiterhin in weitgehendem Umfange durch die Institutionen der ambulanten Armen- und Gemeindekrankenpflege gedeckt, deren Organe in den grösseren Gemeinwesen die öffentliche Hospitalfürsorge in wünschenswerther Weise ergänzen, in kleineren Gemeinden und auf dem platten Lande aber, wo die Krankenanstalten nicht so leicht zu erreichen sind, das hauptsächlichste Hilfsmittel für die öffentliche Krankenfürsorge darstellen. Auch für eine immer mehr sich vervollkommnende personelle Krankenfürsorge für den besser situirten Theil der Bevölkerung wird in ausgiebigem Maasse durch die vielen Kräfte, welche die Krankenpflegethätigkeit berufsmässig und als Erwerbszweig betreiben, gesorgt. Trotz alledem aber bleibt auch heute noch, wenn auch vielleicht in geringerer Ausdehnung als früher, der personellen Krankenpflege durch die eigenen Angehörigen des Kranken in seiner Wohnung ein weites Feld offen. Diese Art der Krankenpflege, welche man wohl am besten als „häusliche Krankenpflege“ oder „intrafamiliäre Krankenpflege“ bezeichnet, war in vergangenen Zeitläuften, als man noch nicht ein so mannigfaltiges geschultes Berufspflegepersonal für die Privatpflege zur Verfügung hatte, zumeist die einzige, deren sich ein Kranker, der in seiner Wohnung darniederlag, zu erfreuen hatte, und die Pflegethätigkeit wurde von den nächsten Verwandten in Beweisung verwandtschaftlicher Zuneigung und Verpflichtung als eine naturgemässe Aufgabe übernommen, der man oblag, so gut man es eben verstand. Jetzt freilich hat der wohlhabende Kranke, wenigstens in den grösseren Städten, die Möglichkeit besonders fachlich vorgebildete Pflegepersonen in seine Familie heranzuziehen und sie an Stelle oder zur Unterstützung der pflegenden Angehörigen zu verwenden. Dennoch sehen wir, dass die häusliche Krankenpflege sich ein weites Gebiet zu wahren gewusst hat, und es kann auch gar nicht Wunder nehmen, dass dem so ist, wenn man es unternimmt sich die hierfür vorliegenden Gründe klarzumachen. Zunächst macht sich auch heute noch die natürliche Berechtigung der häuslichen Krankenpflege geltend. Der Satz, dass die Gattin die natürliche, gegebene Pflegerin des im Kampfe ums Dasein ringenden, vorübergehend arbeitsunfähigen Mannes ist, von deren treuer Hingabe auch in sorgenvolleren Tagen er eine liebevolle und werkthätige Beihilfe zu seiner Genesung erwartet, dass die Hausfrau und Mutter die natürliche,

gegebene Pflegerin und Behüterin ihrer Kinder, deren aufblühendes Leben sie beschützt, in gesunden wie auch besonders in kranken Tagen darstellt, hat auch jetzt noch seine volle Berechtigung, und es dürfte ausserordentlich viele Personen geben, die sich den gekennzeichneten enger Verwandtschaft entspringenden Pflichten und Liebesdiensten unter keinen Umständen entziehen möchten und eine innere Befriedigung darin erblicken, dass sie sich ihren Angehörigen in Krankheitstagen nützlich machen können. Aber auch der Kranke hat ein begründetes Interesse daran, an dem Bestehen solcher auf den Banden familiärer Zusammengehörigkeit beruhender Fürsorge festzuhalten, und man begegnet in den verschiedenartigsten Bevölkerungskreisen recht häufig Personen, welchen die Krankenpflege durch Angehörige als die willkommenste und ersehnteste erscheint, ja, man trifft auch öfter auf Kranke, welche sich sogar, natürlich in Folge eines ganz unberechtigten Vorurtheils, hartnäckig weigern, den Beistand einer Berufspflegeperson in Anspruch zu nehmen, weil sie sich unter der Obhut der Ihrigen besser behagen. Nicht selten bedarf es erst eines nachdrücklichen ärztlichen Hinweises, dass die lange Dauer und Schwere der Erkrankung im gegebenen Falle die Leistungsfähigkeit der Verwandten übersteige, um den Kranken zum Aufgeben seines Vorurtheils zu veranlassen. So wenig es nun zwar gerechtfertigt erscheint, dass ein Kranker, besonders, wenn keinerlei materielle Hindernisse vorliegen, bei längerer schwerer Erkrankung die vom Arzte für erforderlich gehaltene Zuziehung einer tüchtigen Berufspflegeperson zurückweist, so darf man andererseits als Begründung solchen Verhaltens nicht übersehen, dass viele Kranke eine gewisse Scheu hegen, körperliche Hilfen an sich durch ihnen fremde Personen vornehmen zu lassen, und die nöthigen Handreichungen am Krankenlager gern von den nächsten Angehörigen ausgeführt sehen möchten, in dem Glauben, dass Letztere mit ihren Gewohnheiten und den zu ihrer Behaglichkeit nothwendigen Erfordernissen durch den jahrelangen innigen Zusammenschluss besser vertraut sind. Kann nun auch vom ärztlichen Standpunkt aus solcher irrigen Meinung nicht beigepflichtet werden, weil es klar ist, dass berufsmässige, längere Zeit in Hospital- und Privatpflege ordnungsgemäss geschulte Pfleger und Pflegerinnen dem Kranken wie dem Arzte besser und zweckmässiger zu Hilfe gehen können als die nächsten Angehörigen, welche sich oft genug wegen ihres ungeeigneten Temperamentes und anderer sie für den Pflegedienst nicht qualificirenden Eigenschaften trotz vorhandenen guten Willens nicht ausreichend zeigen, so verdient immerhin auch der rein menschliche Standpunkt eine gewisse Berücksichtigung. Zudem giebt es ja auch in der That viele Erkrankungen in der Familie, wo die Fähigkeiten und Leistungen der Angehörigen genügen, um dem Kranken die erforderliche Pflege zu verschaffen. Handelt es sich um sehr langwierige und schwere Krankheiten, so wird sich die ausnahmslose Beihilfe einer Berufspflegeperson schon deshalb als ganz unvermeidlich herausstellen, weil hier einfach die körperlichen und geistigen Anstrengungen, die die Pflege erfordert, die

Kräfte der Familienmitglieder übersteigen. Aber es machen sich oft auch anderweitige äussere Gründe geltend, welche die Zuziehung berufsmässiger Pflegepersonen verhindern. Zunächst kann es sich um materielle Schwierigkeiten handeln, insofern immerhin ausgedehnte Kreise der Bevölkerung vorhanden sind, denen die Heranziehung einer Berufspflegerin zu grosse Kosten verursachen würde, und die doch andererseits sich nicht dazu bequemen wollen, gerade auf den Beistand einer Armenpflegerin Anspruch zu erheben; auch die räumlichen Verhältnisse der Familienwohnungen erweisen sich bisweilen dem Eintritt einer ferneren Person in den Familienkreis, wenn er auch nur ein vorübergehender ist, nicht günstig. Schliesslich kann es auch bisweilen mangels genügend zahlreicher Pflegekräfte an einem Orte überhaupt schwierig sein, geschulte Pflegehilfe zu erlangen. Es sind diese Sätze keineswegs rein theoretische Ueberlegungen, sondern sie beruhen auf practischen Erfahrungen, die im Leben gewonnen sind. Neben alledem beansprucht auch der Umstand keine ganz unwesentliche Bedeutung, dass die ausserordentlich zahlreichen Vorurtheile und falschen Vorstellungen, welche sich gegenwärtig noch in Bezug auf Kranksein und Krankenpflege in allen Schichten der Bevölkerung bei den Laien, auch den gebildeteren, vorfinden, einen sich unangenehm bemerkbar machenden Hemmschuh für die Erfolge der ärztlichen Thätigkeit und Krankenbehandlung darstellen, und dass das den ärztlichen Anordnungen gegenüber in den Familien zu Tage tretende mangelhafte Verständniss oftmals eine irrationelle und verkehrte Behandlung des Kranken im Gefolge hat, die für den Kranken von erheblichem directen Schaden sein kann und thatsächlich oft dazu führt, dass aus leichten und unbedeutenden Erkrankungen schwere und langwierige Gesundheitsstörungen werden.

Aus diesen Betrachtungen erhellt auf das Deutlichste, dass einerseits anch heute noch die Vervollkommnung der häuslichen (intrafamiliären) Krankenpflege als ein wichtiges Bedürfniss der Bevölkerung anzusehen ist, andererseits sich die Nothwendigkeit ergiebt, geeignete Mittel und Wege zu benutzen, um eine solche Verbesserung zu erreichen. Was hier Noth thut, ist eine verständige Aufklärung und Belehrung des grossen Publicums über die fundamentalsten Grundsätze moderner Krankenpflege durch einen zwar elementaren, aber doch geordneten öffentlichen Unterricht, der in die Hände geeigneter, bewährter und erfahrener Arzte gelegt wird. Die bedeutsamen Fortschritte, welche insbesondere die Krankenpflege-Technik in unseren Tagen zu verzeichnen hat, lassen es in höherem Maasse als früher möglich und zugleich erforderlich erscheinen, auch dem Laien eine Art ganz elementaren, aber doch nach wissenschaftlichen Principien geordneten Unterrichts in der Krankenpflege darzubieten. Freilich lässt sich schon manches Gute nach dieser Richtung durch die Verbreitung vollkommen gemeinverständlich gehaltener, von Aerzten in zweckmässiger Weise verfasster Schriften in weiten Volksschichten erreichen; aber erstens fehlt es gegenwärtig noch an derartigen kleineren Anweisungen, die thatsächlich nicht mehr

und nicht weniger enthalten, als der Sachkenner für die Laienbelehrung als erforderlich ansehen muss, indem die meisten Lehrbücher und Leitfäden über Krankenpflege, von denen weiter oben die gangbarsten angeführt wurden, in erster Linie für das fachliche Niveau berufsmässiger Pflegepersonen berechnet sind und daher fast ausnahmslos zu viel Lehrstoff enthalten und zu viel als bekannt voraussetzen, sodass man Gefahr läuft, sie möchten in der Hand des Laien durch Verleitung zur Kurpfuscherei und zum Besserwissenwollen dem Arzt gegenüber verleiten. Sodann aber wirkt eine directe mündliche Belehrung durch geeignete Vorträge und Unterrichtscurse viel nachdrücklicher und eindringlicher ein als die gelegentliche Lectüre eines Buches, die ohnehin nicht allzu oft vorgenommen wird. Den wirklich geeigneten Schriften derart wäre natürlich eine viel weitergehende Verbreitung zu wünschen, als dieselben sie thatsächlich haben; auch zum Nachschlagen und Wiederholen dürften solche Werke von zweifellosem Nutzen sein. Während nun aber eine wünschenswerthe Controlle hinsichtlich der Lectüre natürlich in den Familien unmöglich ist und der ärztliche Einfluss so weit nicht reichen kann, ist es durchaus erreichbar, die angedeutete Belehrung durch persönlichen ärztlichen Unterricht in zweckmässigster Weise durchzuführen. Aber dieses müsste, um eine ausgiebige Wirkung zu haben, in grossem Maasstabe geschehen; sowohl die grösseren Städte als die kleineren Orte bedürfen einer Einrichtung, die gestattet die Grundlehren der Krankenpflege in das Innere der Familie hineinzutragen. Das Durchgreifendste wäre es ja, wenn von Seiten der staatlichen oder Gemeindebehörden die Organisation eines öffentlichen Krankenpflege-Unterrichts in geeigneter Weise in die Hand genommen würde; die Sache selbst ist wichtig genug, um von massgebendster Seite eifrig gefördert zu werden. Auch würden sich gerade der Einführung eines öffentlichen Krankenpflege-Unterrichts in den schon durch die sachlichen Erfordernisse gezogenen Grenzen keine nennenswerthen materiellen Schwierigkeiten entgegenstellen. Aber, solange eine solche von den öffentlichen Behörden direct organisirte Belehrung der Bevölkerung auf diesem ihr Wohlbefinden so intim tangirenden Gebiete nicht Statt hat, ist es zum wenigsten die unabweisbare und lohnende Aufgabe einflussreicher Vereins-Organisationen diese Lücke in der öffentlichen Krankenfürsorge auszufüllen. Wir würden es hier mit einer Erweiterung resp. Ergänzung derjenigen Bestrebungen zu thun haben, wie sie zuerst für das Gebiet der „ersten Hilfe“ auf Anregung von Esmarch Platz gegriffen und im Deutschen Samariter-Bunde und den zahlreichen Samariter-Vereinen eine so weitgehende Förderung erfahren haben, und es würde der öffentliche Krankenpflege-Unterricht auch ein Gegenstück bilden zu dem öffentlichen Elementar-Unterricht in der Gesundheitspflege, wie er in den letzten Jahren bereits von Seiten verschiedener gemeinnütziger Vereine ins Leben gerufen wurde. Der Einzelne ist ja naturgemäss nicht in der Lage, auf dem genannten Gebiete eine durchgreifende Thätigkeit und Wirksamkeit zu entfalten; hierin bedarf es durchaus des Zusammenschlusses einer grösseren Anzahl

von tüchtigen sachverständigen Kräften und angesehenen Persönlichkeiten zur verständigen Durchführung der sich aus der gegebenen Idee entwickelnden volkserzieherischen Aufgaben. Die Wirksamkeit des Einzelnen bleibt auf einen kleinen Kreis beschränkt, aber das gewichtige Ansehen einer imponirenden Vereins-Organisation vermag wohl eine erkennbare Wirkung auf die Gesammtbevölkerung auszuüben. Wenn daher auch in den letzten Jahren mehrfach von einzelnen Aerzten, zumeist in kleineren Vereinen, bereits eine Anzahl von Vorträgen über Krankenpflege für Laien gehalten wurden, so fehlte bis vor Kurzem noch gänzlich die Theilnahme der Allgemeinheit an derartigen Bestrebungen. Die Aerzte selbst in ihrer Gesammtheit und ihre wissenschaftlichen Führer verhielten sich zurückhaltend, weil die Befürchtung nahe lag, es könnte bei der noch mangelnden practischen Erfahrung in diesen Dingen und bei der möglichen unrichtigen Handhabung des Unterrichts leicht die ohnehin die Krankenbehandlung schwer schädigende Kurpfuscherei gefördert werden. Daher fand auch ein vom Verfasser in der Deutschen Gesellschaft für öffentliche Gesundheitspflege im Jahre 1895 vorgelegter Plan zur Organisation des öffentlichen Krankenpflege-Unterrichts, zunächst für Berlin, in dem bereits einschlägige practische Maassnahmen enthalten waren, fürs Erste nicht diejenige Unterstützung von maassgebender Seite, welche eine sofortige Inangriffnahme der Durchführung erwarten lassen konnte. Gleichwohl fand in der Folge der Gedanke eines öffentlichen Krankenpflege-Unterrichts immer mehr Anklang. Auf der 1896er Gewerbe-Ausstellung zu Berlin wurden mehrere Vorträge aus dem Gebiete der Krankenpflege gehalten, die im Publicum lebhaftes Interesse erregten. Auch die Vereine vom rothen Kreuz und andere humanitäre Genossenschaften traten der Unterweisung von Laien in der Krankenpflege näher; allerdings wurde Seitens dieser Organisationen Werth darauf gelegt, die Mädchen und Frauen, welche am Unterricht theilnahmen, in mehrmonatlichen Cursen hauptsächlich in der Kriegskrankenpflege, im Krankentransport und Depotdienst auszubilden, um sie im Kriegsfalle als geeignete freiwillige Helferinnen verwenden zu können. Andere Vereine, z. B. der Evang. Diakonie-Verein, suchten durch einen bis zu 1jähriger Dauer fortgesetzten und sich auch auf Krankenpflege erstreckenden Diakonie-Unterricht erziehlich auf die Frauenwelt einzuwirken und Charaktereigenschaften sowie körperliche Leistungsfähigkeit der Frauen zu stärken. Bezogen sich diese Unternehmungen freilich auch nicht auf die „häusliche Krankenpflege“ in dem oben erörterten Sinne, so zeigten sie doch, dass das Interesse der Bevölkerung für einen Unterricht in den sanitären Fächern, der nicht die dauernde berufliche Bethätigung zum Zweck hatte, ein recht erhebliches war. Dazu kamen Meldungen aus England, welche über die befriedigenden Ergebnisse dortiger ähnlicher Einrichtungen berichteten. So war in einigen englischen Mädchenschulen (z. B. in Maryshill) ein obligatorischer Krankenpflege-Unterricht für die Schülerinnen eingerichtet worden, der sich gut bewährt hatte. Auch in Dresden machte man an einer höheren Töchterschule einen Versuch mit Kranken-

pflege-Unterricht, der zur Zufriedenheit ausfiel. Eine Anzahl bewährter ärztlicher Kenner des Krankenpflegewesens wie v. Leyden, M. Mendelsohn, E. Dietrich, G. Meyer u. A. sprachen sich in der Folge gleichfalls günstig bezüglich des Vorhabens aus, dass weiteren Kreisen ein elementarer Unterricht in der Krankenpflege ertheilt werde. Für die Einbeziehung des Krankenpflege-Unterrichts in die Lehrfächer der oberen Schulklassen traten erste schulhygienische und pädagogische Autoritäten wie z. B. Kotelmann, Burgerstein ein, sodass in nächster Zukunft wohl mit Sicherheit die Bestrebungen nach dieser Richtung eine erheblich grössere Ausdehnung gewinnen werden. Hinsichtlich des öffentlichen Krankenpflege-Unterrichts für Erwachsene beginnen sich gerade in letzter Zeit die Chancen für eine umfassende und wirksame Ausgestaltung günstiger zu gestalten, seitdem der jüngst begründete „Deutsche Verein für Volkshygiene" diese Art öffentlicher Belehrung und Aufklärung in sein Programm aufgenommen hat. Die von genanntem Verein letzthin unter Beihilfe eines unter v. Leydens Leitung stehenden wissenschaftlichen Comités in Berlin veranstalteten öffentlichen Unterrichtscurse über häusliche Krankenpflege, die einen sehr erfreulichen Erfolg gehabt haben, ermuntern entschieden zu einem weiteren Verfolgen des hier betretenen Weges zur Mitarbeit an der gesundheitlichen Wohlfahrt der Bevölkerung.

Zum Schlusse mögen noch einige Bemerkungen über die innere Organisation des öffentlichen Krankenpflege-Unterrichts hier Platz finden. Als Lehrkräfte fungiren am besten erfahrene Aerzte; am geeignetsten zur Ertheilung derartigen Unterrichts sind solche Aerzte, welche vermöge ihrer Lebensstellung als Leiter von Hospitälern, Lehrer an Krankenpflegeschulen oder Medicinalbeamte eine besonders eingehende Kenntniss des Krankenpflegewesens besitzen. Eine gewisse Auswahl hinsichtlich der Lehrkräfte scheint gerade mit Rücksicht darauf geboten, dass dieser Unterricht in geeigneten Händen eine sehr heilsame und förderliche Wirkung auszüben vermag, bei unvorsichtiger Handhabung jedoch erheblichen Schaden stiften kann. Der Unterricht soll nicht nur dazu dienen, die bereits berührten falschen Vorstellungen der Bevölkerung über Kranksein, Krankenpflege und Krankenbehandlung zu beseitigen und zu rectificiren und dem Kranken selbst so eine zweckmässige Fürsorge verschaffen, sondern er soll zugleich auch den Aerzten eine wirksame und erleichternde Unterstützung in ihrem schwerem Berufe bilden, indem er weiten Kreisen den Werth der ärztlichen Leistungen in geeigneter Weise vor Augen führt und das Verständniss für eine sachgemässere Ausführung der ärztlichen Verordnungen fördert. Er stellt sich dar als eine nothwendige Ergänzung derjenigen mehr sporadischen Belehrung, welche der im gegebenen Krankheitsfalle hinzugezogene Arzt der Familie zu Theil werden lässt, und die heutzutage nicht mehr als völlig ausreichend, wie in früheren Zeiten, angesehen werden kann, weil es den behandelnden Aerzten oftmals zu eingehenderen Belehrungen über die Erfordernisse der Krankenpflege an Zeit mangelt, weil ferner das Geschick zu derartigen Unterweisungen ein individuell sehr verschiedenes ist, indem

nicht jeder kenntnissreiche Arzt zugleich auch über ein geeignetes Lehrtalent verfügt, und schliesslich weil heutzutage die Gepflogenheit, dass derselbe Arzt längere Zeit hindurch die Familie in allen vorkommenden Krankheitsfällen beräth, nicht mehr so häufig beobachtet wird als in vergangener Zeit. Als ein geeigneter Ort für die Abhaltung solcher Krankenpflegecurse sind vornehmlich bekannte, leicht erreichbare öffentliche Räumlichkeiten (Sitzungssäle in öffentlichen Gebäuden, Hörsäle von Schulen, Universitätsinstituten) zu bezeichnen, möglichst im Interesse des Fernhaltens materieller Schwierigkeiten Räume, welche von den Behörden im Hinblick auf die Gemeinnützigkeit der Veranstaltung unentgeltlich überlassen werden. Den Unterricht in den öffentlichen Krankenanstalten abzuhalten, womit vor Kurzem in Paris ein Versuch gemacht worden ist, dürfte sich weniger empfehlen, weil erstens die meisten Hospitäler an der Peripherie der Städte, also nicht so leicht erreichbar gelegen sind, sodann aber auch damit gerechnet werden muss, dass es noch viele Personen giebt, die dann eine gewisse Scheu vor dem Krankenhause von der Betheiligung an diesen Cursen abhalten würde. Im Uebrigen lässt sich ziemlich Alles, was innerhalb des gebotenen Lehrrahmens eines solchen Unterrichtscursus liegt, leicht auch ausserhalb eines Krankenhauses in hinreichend anschaulicher Weise vorführen und durch Abbildungen, Modelle und Aehnliches erläutern; viele Handgriffe können ja auch am Gesunden oder am Phantom demonstrirt werden. Man darf nicht vergessen, dass es sich keineswegs darum handelt die Zuhörer (zumeist wohl Zuhörerinnen) zu vollkommenen Krankenpflegepersonen auszubilden, sondern der Unterricht muss durchaus einen elementaren Charakter beibehalten. Von Wichtigkeit ist es, den Ton der Unterweisung richtig zu treffen. Vorausgesetzt werden kann bei solchen Belehrungen garnichts; je klarer und einfacher die Darlegung, um so erfolgreicher der Unterricht. Und andererseits soll er gerade Das und nur Das bieten, was sich auf die Krankenpflege in der eigenen Familie bezieht und der Fürsorge für die kranken Angehörigen dient; es kann somit auch durch diesen Unterricht den Berufspflegepersonen, deren Feld nicht eingeengt wird, keine unerwünschte Concurrenz erwachsen. Am Schlusse eines Unterrichtscursus etwa Prüfung und Zeugnissertheilung vorzunehmen, halten wir für unrichtig; denn der Besitz eines solchen Zeugnisses erst kann dazu dienen, den Berufspflegepersonen einen „unlauteren Wettbewerb" zu schaffen oder eine Förderung des Kurpfuscherthums zu veranlassen. In grösseren Städten, wo die Lehrkräfte zahlreicher zur Verfügung stehen, wird man gut thun das gesammte Lehrpensum, dessen Inhalt sich in 10—12 Stunden ganz gut bewältigen lässt, so zu vertheilen, dass jeder Arzt nur ein Vortragsthema übernimmt, sodass die Zeit des Einzelnen durch die Veranstaltung also nur in geringem Maasse in Anspruch genommen wird. In kleineren Orten wird es zweckmässig sein den Gesammtcursus in 2—3 Theile einzutheilen und dementsprechend nur wenige Lehrkräfte in Anspruch zu nehmen. Auf dem platten Lande empfiehlt sich die Abhaltung von

Unterrichtscursen (im Schul- oder Rathhause) durch Wanderredner, welche nach und nach die Orte eines oder mehrerer Kreise besuchen und dabei im Auftrage eines gemeinnützigen Vereins ihre aufklärende Mission ausüben. Was den Inhalt der zu einem Unterrichtscurse gehörenden Vorträge anlangt, so ist es wünschenswerth, dass sie gemeinverständliche Belehrung bieten über die wichtigsten Erfordernisse des Krankencomforts, des Krankentransports, der unter ärztlicher Leitung vor sich gehenden Krankenwartung, über das Verhalten bei ansteckenden Erkrankungen und die ersten Maassnahmen bei plötzlicher Lebensgefahr und Unfällen. Als die geeignetste Zeit zur Abhaltung der Vorträge können wohl die Abendstunden angesehen werden, da die Familienmitglieder, besonders auch der weniger bemittelten Volkskreise, am Abend weniger durch berufliche, wirthschaftliche, erzieherische etc. Verpflichtungen in Anspruch genommen sind. Als ein Vorbild für derartige öffentliche gemeinverständliche Unterrichtscurse über häusliche Krankenpflege fügen wir die Vortragseintheilung bei, welche sich bei den erwähnten in Berlin vom „Deutschen Verein für Volkshygiene" veranstalteten Cursen, die aus 10 wöchentlich 1 mal stattfindenden Vorträgen bestanden, bewährt hat; die einzelnen Themata lauteten: 1. Krankenzimmer und Krankenbett. 2. Bericht an den Arzt über Beobachtungen am Kranken. 3. Die körperliche Pflege Kranker durch Familienangehörige. 4. Die Ausführung der häufigsten ärztlichen Verordnungen. 5. Die Pflege kranker Kinder. 6. Die Pflege von Wöchnerinnen. 7. Krankentransport, Krankenfürsorge auf Reisen und erste Hilfe bei inneren Erkrankungen. 8. Das Verhalten bei ansteckenden Erkrankungen in der Familie. 9. Krankenfürsorge bei Verletzungen und erste Hilfe bei chirurgischen Erkrankungen. 10. Besuche beim Kranken, Krankenunterhaltung und psychische Krankenpflege. Die Dauer der Einzelvorlesung beträgt 1—2 Stunden; Zeit: 8—10 Uhr Abends. Die Gewinnung der Lehrkräfte dürfte zumeist keine Kosten verursachen, da sich fast allerorts Aerzte bereit finden dürften, die den Unterricht freiwillig in Ansehung des guten Zweckes übernehmen; ihn für die Zuhörer ganz unentgeltlich zu gestalten, kann mit Rücksicht auf eine möglichst grosse Betheiligung wünschenswerth erscheinen, hat aber insofern wiederum ein Bedenken, als die Bevölkerung erfahrungsgemäss dazu neigt, ganz unentgeltlichen Darbietungen auch keinen sehr hohen Werth beizumessen; immerhin wird man das Entgelt für diesen Unterricht zweckmässig so niedrig bemessen, dass es kein Hinderniss des Besuches für die unbemittelten Theilnehmer bilden kann. In grossen Städten können bei genügender Betheiligung in verschiedenen Stadtvierteln Parallelcurse stattfinden. Als durchaus erwünscht und als eine weitergehende Consequenz dieser Bestrebungen für die Zukunft ist ferner die Einführung eines regelmässigen Unterrichts in den obersten Classen der Schulen, insbesondere der Mädchenschulen über häusliche Krankenpflege und (im Anschluss an dieselben) in den Fortbildungsschulen in Erwägung zu ziehen.

---

## 4. Fürsorge auf dem Gebiete des Krankentransportwesens.

Von

Dr. **George Meyer** in Berlin.

---

Das Krankentransportwesen ist erst in neuerer Zeit mehr in den Vordergrund des Interesses gerückt werden, als man erkannte, dass dasselbe einestheils zur Krankenpflege und andererseits zur Gesundheitspflege wichtige Beziehungen darbiete. Auch unsere Betrachtungen werden sich wesentlich nach diesen beiden Gesichtspunkten zu gruppiren haben, welche zuerst von mir in dieser wohl von einander zu scheidenden Form aufgestellt worden sind. Die wenigen Andeutungen über den Gegenstand aus früheren Zeiten beziehen sich naturgemäss hauptsächlich auf das Verhältniss des Krankentransportes zur Gesundheitspflege, während dessen Ausführung mit Rücksicht auf die Krankenpflege neueren Datums ist, als man begann in der gesammten Sorge um den Kranken der Pflege die ihr gebührende Stelle einzuräumen.

Der Krankentransport, die Beförderung eines kranken Menschen von einem Ort an einen anderen, stellt häufig den Beginn der Sorge um den Kranken, den Anfang seiner Pflege, dar. Es zeigt sich dies besonders deutlich bei einem Menschen, welcher durch eine plötzlich einwirkende Ursache, sei es einen Unfall oder eine Erkrankung fern von einer Behausung in einen hülflosen Zustand versetzt ist. In den ältesten Zeiten geschah die Beförderung einer solchen Person in sehr einfacher Gestalt, indem dieselbe, wie wir in den alten Klassikern lesen, durch andere Personen fortgetragen wurde, oder indem man den Kranken auf irgend ein Gefährt auflud, auf welchem derselbe dann zu weiterer Verpflegung gebracht wurde. Nach genannter Hinsicht, also in Bezug auf die Krankenpflege, stellt die Beförderung des Kranken einen Theil der jetzt von von Leyden als „Krankencomfort" bezeichneten Krankenpflege dar, indem mit letzterem die für den Kranken ganz besonders bestimmten Handleistungen und die hierfür angege-

benen und erforderlichen Geräthschaften gemeint werden, welche bei Gesunden gewöhnlich — weil nicht erforderlich — nicht zu Anwendung gelangen.

Die der Person des Kranken bei der Beförderung selbst geltende Sorge ist besonders bei einigen plötzlichen Erkrankungen und Verletzungen wesentlich. Bekannt ist das Beispiel von dem einfachen Knochenbruch, welcher bei einer nicht zweckmässig ausgeführten Beförderung des Verletzten zu einem complicirten werden kann, indem durch Erschütterungen, welche der Verunglückte durch ungeeignetes Tragen oder durch schlechte Beförderungsmittel oder durch Wegschaffung auf holprigen Wegen erleidet, die Knochenenden sich durch die bisher unversehrte Haut hindurchbohren und so einen offenen Knochenbruch herstellen, dessen Heilungsbedingungen naturgemäss viel schlechtere sind als die des einfachen Knochenbruches. Ferner ist die Sorge um die Beförderung des Verletzten selbst bei denjenigen Erkrankungen, welche bei der „Ersten Hülfe" hauptsächlich Interesse erregen, wichtig, also bei Blutungen aus verschiedenen Organen, den Lungen, Magen, Gebärmutter, Gehirn, Nieren. Dass hier Erschütterungen das Leiden des Kranken ganz erheblich zu verschlimmern geeignet sind, liegt auf der Hand, daher man auch häufig äussern hört, dass Kranke dieser Art sich nicht zur Beförderung eignen. Man wird natürlich unter Verhältnissen, welche ein vorläufiges Verbleiben eines solchen Kranken an dem Orte gestatten, wo er erkrankte, mit der Beförderung so lange warten, bis ein Eintritt neuer Blutungen nicht mehr zu befürchten ist. Anders aber verhält es sich dann, wenn der Betreffende sich an einem Orte befindet, wo sein weiteres Verweilen nicht möglich ist, also an einer Arbeitsstelle, in einem Betriebe oder auf der Strasse. Von einer solchen Stelle weg muss der Kranke fortgebracht werden, und gerade für diese Verhältnisse müssen die betreffenden Beförderungsmittel und -wege nach Möglichkeit eingerichtet bezw. aufgesucht werden. Weiterhin sind solche Erkrankungen beim Transport eines Patienten wesentlich, bei welchem Durchbrüche von Blut, Eiter oder Steinen in ein anderes Organ zu besorgen sind. Hierher gehören vor allen Dingen die verschiedensten Leiden im Bereiche des Gehirns, der Verdauungswerkzeuge, besonders des Magens, des Darmes, der Leber und Gallenblase, ferner die Erkrankungen im Bereich der Harn- und Geschlechtsorgane, der Blase, Nieren und bei Frauen verschiedene Krankheiten der Gebärmutter, Eierstöcke und Eileiter.

Eine hervorragende Aufmerksamkeit erheischt der Transport von Kranken mit Affectionen, welche den Kopf betreffen, nicht nur Blutungen ins Gehirn, sondern auch Schädelbrüche. Es sind für solche Kranke ganz besondere Maassnahmen angegeben worden, um dieselben möglichst schonend zu transportiren. So hat man bei den letzten beiden Gruppen von Kranken betont, dass man während der Dauer des Transportes durch eine Person den Kopf halten lassen solle, was auch bei Beförderungen auf der Eisenbahn ausgeführt worden ist. Ich kann

einem solchen Verfahren nicht beistimmen, weil eine Person auf längere Zeit den Kopf des Kranken gar nicht zu halten im Stande ist. Bereits nach sehr kurzer Zeit werden die Hände des Haltenden müde, und wenn in solchen Fällen nicht für einen ausreichenden Ersatz durch eine recht grosse Zahl von Gehülfen gesorgt ist, wird sogar noch mehr geschadet als genützt werden. Wir werden bei der Beschreibung der einzelnen Transportmittel und -arten auf ähnliche Verhältnisse einzugehen haben.

Es ergiebt sich also, dass bei vielen Erkrankungen und Unglücksfällen auf eine sichere und bequeme Beförderung des Patienten ein ganz entscheidender Werth zu legen ist; und so ist gerade bei der ersten Hülfe und beim Rettungswesen das Verhältniss des Krankentransportwesens zur Krankenpflege hervortretend und wird daher in meinem nächsten Aufsatze über „Rettungswesen" noch genauer zu besprechen sein.

Für die Gesundheitspflege ist aber das Krankentransportwesen gleichfalls von ausserordentlicher Wichtigkeit. Ist die Person eines Kranken in erster Linie berücksichtigt, welche ja stets bei allen Vornahmen der Krankenfürsorge in den Vordergrund des Interesses zu rücken ist, so kommt dann in zweiter Linie die Sorge für die nähere und weitere Umgebung des Kranken in Frage, welche besonders bei ansteckenden Krankheiten einzutreten hat. Hier zeigt sich in hervorragender Weise die vorbeugende Thätigkeit des Arztes. Der Arzt hat heutzutage eine gleich bedeutende Aufgabe in der Behandlung der Einzelperson als in der Verhütung der eventuellen Uebertragung der Krankheit seines Patienten auf die Umgebung des Kranken und weiter auf die Allgemeinheit. Vorkehrungen, welche unsere jetzige Wissenschaft ihm nach dieser Richtung an die Hand giebt, hat er im Einzelfalle anzuwenden und sich auch nach den Vorschriften zu richten, welche in gleicher Absicht von den Behörden nach dem neuesten Standpunkte medicinischer Wissenschaft erlassen sind. Nach solchen Maassnahmen ist auch ganz besonders die Beförderung des Kranken einzurichten. Der behandelnde Arzt, auch derjenige, welcher nur einmal einen Kranken sieht, und dann aus irgend welchen Gründen die Ueberführung des Betreffenden nach einem anderen Orte bestimmt, hat genau auch für diesen Theil der Krankenpflege Anordnungen zu treffen und nach den vorhandenen Mitteln die für den Einzelfall richtig erscheinende Beförderungsart sowie deren nähere Ausführung anzugeben. Mit dem alleinigen Rath an die Umgebung, einen Kranken nach einem Krankenhause zu bringen, sollte sich ein Arzt niemals begnügen, sondern für jeden Fall auch darlegen, in welcher Weise der Transport zu geschehen hat, denn er trägt auch für diesen Theil der Krankenbehandlung die Verantwortung.

Es kommen also beim Transport zunächst alle diejenigen Dinge in Betracht, welche für die Sicherheit und Bequemlichkeit des Kranken selbst von Werth sind, und dann ferner alle Maassnahmen, welche im Interesse der Verhütung der Weiterverbreitung einer Krankheit anzuordnen sind, welche vor allen Dingen den behördlichen Ver-

fügungen Rechnung tragen und die Sicherung der Allgemeinheit betreffen, wie bei der Pest, Cholera, Gelbfieber, Pocken, und ferner aber auch solche Maassregeln, welche besonders für die nähere Umgebung des Kranken bedeutungsvoll sind, und erforderlich werden, ohne dass für sie behördliche Bestimmungen direct erlassen sind, z. B. bei der Rose, dem Keuchhusten. Seit kurzer Zeit erst besteht im Deutschen Reiche ein Gesetz, welches die betreffenden Verhältnisse bei ansteckenden Erkrankungen nach einheitlichen Grundsätzen regelt. Bemerkenswerth sind die Ausführungen des verdienstvollen Vorkämpfers auf hygienischem Gebiete, Graf Douglas, im Preussischen Abgeordnetenhause, welcher bei der ersten Berathung des Gesetzentwurfes betreffend die Dienststellung des Kreisarztes und die Bildung von Gesundheitscommissionen am 21. April 1899 folgendes betonte:

„Nun komme ich noch auf eine Frage, die nothwendig berührt und endlich auch geregelt werden muss, wenn wir dem Volke alle die Wohlthaten erweisen wollen, die man ihm auf diesem Gebiete erweisen kann und muss, wenn wir es möglichst behüten wollen vor allen unsanitären Einflüssen, das ist eine Bekämpfung der gemeingefährlichen Krankheiten. Ein derartiger Gesetzentwurf ist im Reichstage zweimal nicht zu Stande gekommen, vielleicht aus Gründen, die für das preussische Abgeordnetenhaus nicht maassgebend sein dürften, um ebenso zu verfahren. Ich will hier nur kurz eine Stelle aus den Motiven verlesen:

> Die Reichsverwaltung musste sich in einzelnen Fällen gelegentlich der Cholera auch zu einem Eingreifen entschliessen, dessen verfassungsmässige Berechtigung nicht ganz ausser Zweifel war, auch nicht überall ohne Beanstandung geblieben ist. Wenngleich es auf diesem Wege glücklich gelungen ist, für die unmittelbare Bekämpfung der Cholera an den Ausbruchsorten zweckentsprechende Anordnungen herbeizuführen, so bringt doch ein solches Verfahren einen Zeitverlust mit sich, der bei der Eilbedürftigkeit der Abwehrmaassregeln in hohem Maasse unerwünscht ist und ihrer Wirksamkeit leicht Abbruch thun kann.

Wenn wir unser Eigenthum auf das äusserste geschützt sehen, so muss ich gestehen, es wird die höchste Zeit, dass wir vor solchen Gefahren, die die Unsrigen wie uns an Gesundheit und Leben bedrohen, behütet werden. Ganz recht sagt Robert Koch: es ist nicht schwer, einen Funken, der auf ein Strohdach fällt, auszulöschen, aber es ist ungemein schwer, das Feuer auszulöschen, wenn das Dach voll in Brand steht. Wenn uns ein äusserer Feind angreift, sind wir in einer Weise gerüstet, dass der letzte Soldat und der letzte Krankenpfleger genau weiss, auf welche Stelle er gehört, und wir sind unserer Regierung gewiss ausserordentlich dankbar für diese Vorsicht. Wie steht es aber auf diesem Gebiete beim Einbruch einer Seuche? Da müsste sich, wenn wir genügend scharf vorgehen und ausreichende Maassregeln haben wollten, die Hohe Staatsregierung und der Bundesrath schlüssig machen, müssten Gesetze ausarbeiten, es müssten die Parlamente einberufen werden und dann könnten die Gesetze schliesslich in Kraft treten. Da giebt man der Seuche in diesem Zweikampfe doch einen sehr bedenklichen Vorsprung“.

Nicht viel später, am 30. Juni 1900, wurde das „Gesetz betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten“ erlassen, dessen Bestimmungen sich in der Hauptsache gegen Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest, Pocken richten. Für die anderen ansteckenden Er-

krankungen, welche in europäischen Ländern und in Deutschland wenigstens die häufigeren sind, bleibt es bis zum Erlass von Ausführungsbestimmungen in den einzelnen Landestheilen, welcher für Preussen unmittelbar bevorsteht, bei den bisherigen Verordnungen, d. h. für Preussen dem Regulativ vom Jahre 1835, welches durch zahlreiche Ministerialverfügungen, Zusatz- und Abänderungsbestimmungen ergänzt und dem Standpunkt der neuen Forschungen der Hygiene angepasst worden ist. Hervorzuheben ist, dass im Reichsgesundheitsrath, welcher auf Grund des § 43 des genannten Gesetzes am 18. December 1900 vom Bundesrath gewählt wurde, auch ein Ausschuss unter 6. vorgesehen ist, dessen Aufgaben sind: „Heilwesen im Allgemeinen — insbesondere Unterbringung, Behandlung und Beförderung von Kranken, Angelegenheiten des Heilpersonals“. Die Krankenbeförderung ist hier also als besonderer Arbeitsgegenstand genannt.

Es ist von besonderem Interesse, dass die frühesten Erwähnungen über Beförderung erkrankter Personen, wie bereits eingangs bemerkt, ziemlich neueren Datums sind, und dass sich dieselben eigentlich nur auf die Bedeutung des Krankentransportes für das Allgemeinwohl beziehen. Das kann nicht Wunder nehmen, weil ja in den Zeiten, wo sich die ersten Andeutungen über die Wichtigkeit der Krankenbeförderung finden, zum Theil noch die ältere Ansicht maassgebend war, dass der Kranke nur als etwas anzusehen, was zunächst seiner Umgebung Gefahr bringe, und daher aus dieser zu entfernen sei. In den alten nur der Absperrung dienenden Seuchenhäusern war von einer eigentlichen Krankenbehandlung oder gar Krankenpflege nur sehr wenig oder auch gar nicht die Rede, da man glaubte, genügend gethan zu haben, wenn man bewirkt hatte, dass die unglücklichen Kranken anscheinend nicht mehr durch ihre Krankheit schaden könnten. Trotzdem die frühesten Bemerkungen über die Beförderung der Kranken aus einer viel späteren Zeit stammen, in welcher ein milderer Geist die gesammte Anschauung über das Wesen der ansteckenden Krankheiten zu klären begonnen hatte, beziehen sich dieselben dennoch eigentlich nur auf die Verhütung der Verbreitung einer Krankheit auf Gesunde durch Benutzung von solchen Beförderungsmitteln, welche vorher dem Transport ansteckender Kranker gedient hatten.

Wohl die ersten überhaupt bekannten Verordnungen über die Beförderung von kranken Personen finde ich in einer Pestordnung der Stadt Ulm vom Jahre 1611. Ich hebe hervor, dass ein Theil dieser Verfügungen bereits im October 1898 und im Jahres 1900 von mir in Vorträgen erwähnt und auch in der Deutschen Medicinischen Wochenschrift 1898 No. 46, der Hygienischen Rundschau 1900 No. 11 und in der Deutschen Krankenpflegezeitung 1900 No. 12 u. 13 abgedruckt ist.

In eben genannter Verordnung ist

> dess Kranckenwarters, in der verordneten Behausung vor der Statt, die Seegmühl genandt, vnd seines Weibs Ampt

geschildert und auch

sein Ampt in Abholung der Krancken:

Erstlichen soll er verbunden sein, alle vnd jede Krancken auss ihren Häusern zuholen, und selbige so sie anderst so starck sein um das Brechhauss von ferne beleiten: oder wo sie was matt vnnd schwach, neben ihnen hergehn: So sie aber so kranck, dass sie nicht gehen köndten, soll er bey nächtlicher weil selbige mit der Mägdten einer oder mehr in einem darzu bereitten Sessel, bey tag aber in einem verdeckten Karch holen, vnd alssbald daselbsten helffen zu Bett legen, vnnd ihnen neben andern gebürlich abwarten: Doch soll er kein einigen Menschen an ernäudte Ort führen, oder bringen, er habe denn von selbigen ein darzu gewidmet Zeichen, oder von den Doctoribus durch den Einbieter befelch empfangen; In alweg aber soll er in Fürung der Krancken, deren Gassen vnd Strassen da am meisten wandel und Leuth, verschonen; auch nit vil geschwätz vnd geschreys auff den Gassen machen, sondern still vnnd verschwigen sein.

In derselben Schrift ist auch dargelegt

Underbrechenscherers Ampt.

Zugebnen Brechenscherer belangend. Dessen Wohnung in der al-Eich. Sein Ampt.

Den andern zugebnen Brechenscherer belangendt, soll er sein Wohnung inn der alten Eych beym Hirschbad haben; unnd gleichförmigen Staats mit dem andern geleben; vsser dem, dass er an gewissen von den Doctoribus erlaubten Tagen, mit baden unnd schrepffen, so wohl auff der Seegmühl als Brechhauss, und andern Orten; Unnd in begebenden fällen, auff der Herren Stättrechner Gn. Befelch sich in der Herrschaft solle gebrauchen lassen. Dann ob wol jederzeit ein Scherer zu Geisslingen darzu bestelt worden; so ist dannoch die versehung zuthon, dass, wo selbiger die weitentlegne Flecken unnd Dörffer nit nottürfftiglich versehen köndte, alssbalden erstgedachter Brechenscherer mit genugsamer Instruction von den verordneten Doctoribus abgefertiget, oder durch deren einen praesentirt werde.

Hauptsächlich war also in diesen Verfügungen die Furcht vor dem Kranken für die Umgebung vorherrschend. Der Pflege der erkrankten Person wurde kaum gedacht.

Zeitlich zunächst habe ich aus dem in meinem Besitz befindlichen Material, welches in Bezug auf die einschlägige Literatur wohl das reichhaltigste überhaupt vorhandene ist, einer Pestordnung von Adam von Lebenwaldt vom Jahre 1695 Erwähnung zu thun.

Im vierten Capitel des ersten Theiles, welches die Ueberschrift: „Status civilis et academicus“ führt, findet sich ein

Extract, aus der Infections-Ordnung, welche aus Befehl der Glorwürdigsten Kayserlichen Majestät Ferdinandi III, Anno 1646 in der Lands-Fürstlichen Residentz, und Haupt Stadt Grätz im Hertzogthum Steyermarck ist publiciret worden, meistentheils benannte Stadt Grätz betreffend.

Unter No. 12, überschrieben: „Hausvätter, Hausmütter, Einwohner“ sind Bestimmungen, welche grosse Aehnlichkeit mit denen des Preussischen Regulativs haben. Es heisst No. XI:

„Wenn in einem Hause jemand ungewöhnlich kranck wird, wann es gleich nichts anfälliges zu seyn scheint, soll er ohne Consens des Gesundheits-Directoris seine Wohnung nicht verändern, sondern wo er kranck worden, verbleiben, oder sich an die von der Obrigkeit bestimmte Oerter bringen lassen.“

Und No. XII:

„Gleicher Gestalt soll niemand einen Krancken anderwerts hin in ein anders Privat-Haus befördern, oder zu sich einnehmen, wer hierwider handelt, soll am Leben, und die Wissenschaft haben, solches aber verschweigen, und nicht melden, ohne Unterschied des Standes, Alters, Geschlechts und Verwandtnuss, am Leib gestrafft werden.“

Das V. Capitel enthält mehrere Bestimmungen, welche sich auf die Beförderung der Kranken direct beziehen. Dasselbe hat die Ueberschrift: „Status medicus“ und unter No. VI die „Ordnung der Fuhrleute“:

„Es ist auch vonnöthen, dass eigene und genugsame Fuhrleute, nach Gestalt der Pest, bestellt werden, welche mit bedeckten Wägen, die Pestkrancke ins Lazareth führen, und diese sollen neben denen Beschauern ihre gewisse Wohnung haben.“

Die „Ordnung der Krancken und Leichentrager“ No. VI heisst im Wortlaut:

„Die Krancken und Leichentrager, welche zu ordentlichen Leichtragen bestellt seyn, sollen sich bey Leibs-Straff zu tragung keiner verdächtigen, oder inficirten, oder an der Pest gestorbenen Person gebrauchen lassen, welche auch zu den Verdächtigen gestellt werden, sollen keine wissentliche Inficirte tragen, und diese auch nicht jene, wann sie auf den Gassen gehen, sollen sie zu einen Kennzeichen einen weissen Stab tragen. auch bey Leibes-Straff sich, und ihre Leut in keiner Menschen versammlung einfinden. Die an der Pest verstorbene Leute seyn entweder auf den darzu bestimmten Kirch-Hof oder auf die darzu bereitete oben gedachte Wege zutragen, und alle diese meine müssen auch gewixte Kleider anhaben, sich täglich mit Essig waschen, und praeservativ Artzneyen gebrauchen. Die Krancken, welche nicht Kräfften haben, sollen in ihren Bettern in das Latzareth getragen werden, oder in die, für sie bereitete Hütten, darzu etwas reine Wesch mit nehmen, welche dem Inspectori des Latzarets zu zustellen, wer einen Kranken, oder Leich etwas abnimmt, der soll am Leib gestrafft werden, sie sollen auch ohne des Gesundheits-Directoris Willen in kein Haus gehen, und bey Leibes-Straff jemand daraus tragen.“

Das Verbot der Beförderung von Kranken in eine andere Wohnung, welches oben ausgesprochen ist, besteht auch im Preussischen Regulativ für ansteckende Kranke. Ferner ist auf die „gewixten“ Kleider der Krankenträger hinzuweisen, aus deren Erwähnung hervorgeht, dass man bereits vor mehr als 200 Jahren die Nothwendigkeit besonderer Anzüge für Krankenträger anerkannte, welche leider heute noch nicht in allen Grossstädten benutzt werden.

Die Beförderung der Kranken wird dann ebenfalls in einer Pestordnung, vom Jahre 1727, hervorgehoben, in welcher besonders die gegen die im Jahre 1713 in Wien herrschende Pest bewirkten Veranstaltungen näher geschildert sind. Es ist bemerkenswerth, dass bereits in dieser frühen Zeit derartige Verordnungen in Wien bestanden, wo wie in ganz Oesterreich-Ungarn der Krankenbeförderung ein entscheidender Werth beigemessen wird. Im zweiten Capitel des zweiten Theiles ist „Von dem Befehlshaber über die allgemeine Sessel-Trager“ gesagt:

„Diesen wurde durch ein Decret der Befehl ertheilet, niemand Krancke wes Standts und Würde der auch immer sein möchte, in einem Sessel tragen zu lassen."

Für die Kranken waren besondere Sessel vorgesehen, wie sich aus folgenden Darlegungen ergiebt:

„Mittler Zeit, als dies geschahe, begunte das Uebel zuzunehmen, und die Anzahl der Krancken sich zu vermehren, so, dass den 24. May, dreysig verdächtig Erkranckte, theils in dem Lazareth ankommen, theils hieher in denen hierzu absonderlich verfertigten, und um und um gantz bedeckten, und numerirten schwartzen Sesseln, durch die zum tragen verordnete Siech-Knecht gebracht worden: Mit solchen ankommenen oder in Sesseln überbrachten Krancken, wurde es also gehalten: Die zu Fuss ankommende, oder von gesunden Personen (welche man aber dessentwegen gleich in die Contumaz verwiese) dahin geführte Krancke wurden bey dem Einlass dieser Clausur von dem Thorsteher befraget: Ob sie Kranckheit-wegen in das Latzaret begehrten? (dann denen Gesunden und Verdächtigen ware aller Auss- und Eingang, ohne Ausnahme, gäntzlichen verboten) wann die nun sich angemeldete Person eingelassen zu werden verlangte, müste sie zu mehrerer Versicherung ihrer Aussage ihme denjenigen Beschau-Zettel vorzeigen, welchen sie von dem, auf dasigen Grund oder Ort, allwo sie wohnhaft ware, aufgestellten Beschauer (als von welchem sie vorher beschauet, und ob sie auch in das Latzaret gehörig seye, müsste unterrichtet worden seyn) erhalten hatte: Bey denen schwachen Personen aber, welche in Sesseln überbracht wurden, verrichteten solches die mitgekommene Trager oder Siech-Knecht, mit Vorzeigung dergleichen Beschau-Zettels.

Jetzt-gedachter Infections-Sesseln ware eine ziemliche Anzahl, welche alle zu dieser Zeit gantz neu verfertigt wurden: So wohl in der Stadt, als vor deroselben, wurden selbe in besonderen Orten aufbehalten, wohin alsdann diejenige schicken müsten, welche dergleichen vonnöthen hätten."

Es waren also damals bereits in Wien eigene Krankentransportmittel in Gebrauch, welche an bestimmten Plätzen eingestellt waren, und es ist diese Bemerkung die erste, welche ich gefunden, in welcher von besonderen Transportmitteln für ansteckende Kranke die Rede ist.

Das jetzt wohl in den meisten Grossstädten bestehende Verbot der Beförderung ansteckender Kranker in Fuhrwerken, welche dem öffentlichen Verkehr dienen, hat gleichfalls in einer alten Preussischen Verfügung eine Vorgängerin. In derselben wird sogar den Fuhrwerken jede Beförderung von Kranken in ein Krankenhaus verboten. Es ist die

Königliche Declaration über das Fiacre-Reglement
Sub Dato Berlin, den 8. April 1740.

Seine Königliche Majestät in Preussen u. s. w., Unser allergnädigster Herr, haben in Gnaden gut gefunden, dass unterm 16ten Januarii a. c. durch den Druck bekannt gemachte Fiacre-Reglement in verschiedenen Stücken zu erklären, zu ändern und zu schärfen, solchergestalt, dass

1) zu besserer Aufnahme des gantzen Werks, statt der sonst geordneten 6 Gr. vor die erste Stunde, inskünftige vor dieselbe Acht Gr. bezahlet, im übrigen aber es bey den alten Sätzen ohne Unterschied belassen, und ein mehreres, bey der darauf gesetzten Straffe, keineswegs genommen.

2) Dass so wenig Eximirten als Professions-Verwandten, sich ferner unterstehen

in der Stadt um Lohn zu fahren, es seye Stundenweiss, halbe oder gantze Tage, und zwar bey Confiscation Wagen und Pferde.

3) Dass auch selbst hiesige Fuhr-Leute weiter nicht befugt seyn, Hochzeits-Fuhren zu übernehmen, sondern dieses den Fiacres schlechterdings überlassen sollen, wobey dann Seiner Königlichen Majestät allergnädigster Wille ist, dass die Zahl der letzteren vermehret und derselben zur Bequemlichkeit der Fremden und Einheimischen, je länger je mehrere angeleget werden sollen.

Dahingegen seynd die Fiacres schuldig, jedermann mit aller Höflichkeit zu begegnen, entweder selbst zu fahren, oder hierzu tüchtige Knechte, die der Strassen wohl kundig seyn, keineswegs aber Jungens oder Kinder zu gebrauchen, für deren Reglement-mässiges Betragen zu stehen, sich zu rechter Zeit auf denen angewiesenen Plätzen einzufinden, auf denselben ohne Ausnahme zu futtern, auch die Wagen in beständig gutem Stand und sauber zu halten: wobey denselben bey Vestungs-Strafe untersaget wird, nach der Charité, oder Lazareths, Krancken zu bringen, Leichen zu führen, oder denselben mit den Fiacres zu folgen, am allerwenigsten nach dem Zapfen-Streich gemeine Soldaten und Unter-Officiers einzunehmen und von einem Ort zum andern zu bringen: Dafern sie aber wieder Vermuthen durch Drohungen darzu sollten gezwungen werden, müssen sie bey der ersten Wache stille halten, solches dem Wachthabenden Officier melden, welcher sodann den eingenommenen Soldaten oder Unter-Officier arretiren und zur genauen Untersuch- und Bestraffung, dem Chef des Regiments ungesäumt davon Nachricht geben soll. U. s. w.

Uhrkundlich haben Seine Königliche Majestät diese Declaration Höchsteigenhändig unterschrieben und mit Dero Königl. Insiegel bedrucken lassen.

Berlin, den 8. April 1740.

Fr. Wilhelm.
(L. S.)

Weitere ältere in Preussischen und Deutschen Landestheilen erlassene Vorschriften über die Beförderung kranker Menschen sind in den verschiedenen Verboten der „Krüppelfuhren" niedergelegt. Man verstand unter solchen den Transport kranker und gebrechlicher Armer von einer Dorfgemeinde zur anderen. Dieselben wurden nach Augustin oft Veranlassung zu einem grausamen und höchst nachtheiligen Umherschleppen der Kranken. Eine Gemeinde fuhr den auf ihr Gebiet kommenden Kranken auf das der folgenden, diese wieder auf ein anderes, und so fort, bis oft der Kranke starb. Nicht selten wurden durch diese Krüppelfuhren ansteckende Krankheiten verbreitet, und ein solcher Fall war es, der z. B. in der Kurmark zu dem Verbote der Krüppelfuhren mit Kranken in folgendem Rescripte des K. Generaldirectorii an die Kurm. Kr. und Dom. Kammer Anlass gab:

Friedrich (etc.). Es wird Euch ohne Zweifel bereits bekannt geworden seyn, wie in den Altmärkischen Dörfern Lichterfelde und Ferchlip sich eine bösartige Krankheit geäussert hat, wodurch viele Menschen weggerafft worden, welches Unglück, den eingekommenen Nachrichten zufolge, dadurch verursacht ist, dass ein fremder kranker Mensch, der in dem Lichterfeld'schen Kruge gelegen, von da nach Ferchlip und sodann nach Wollschlag mit Krüppelfuhren transportirt und auf diese Art sothane Krankheit ausgebreitet worden, überdem auch durch die von den Wundärzten — zu Seehausen und Werben angewandten unrechten Mittel und unzeitiges Aderlassen

einige Menschen dem Tode überliefert seyn sollen. Bei so bewandten Umständen ist es denn wohl nöthig, dass mit denen, durch die Krüppelfuhren zu transportirenden, bedenklichen Kranken mehrere Präcautionen als bisher geschehen, genommen und, anstatt dass die Dörfer durch dergleichen Fuhren sich von den ankommenden Patienten nur zu entledigen suchen, und solchergestalt die armseligen Menschen oft viele Meilen in den kläglichen Umständen, mithin auch ein epidemisches Uebel zugleich mit herumgeschleppt wird, die bedenklichen Kranken gleich in die nächste Stadt, wo ein Arzt befindlich ist, abgeliefert, oder wenn ein Medicus in der Nähe, derselbe zu deren Hülfe auf das Dorf heraus berufen oder doch consultirt werde, wobei es sich jedoch von selbst versteht, dass die für die einen in die Stadt gebrachten kranken Menschen vom Lande erforderlichen Kosten, welche aus der Kämmerei vorzuschiessen sind, aus der Kreiskasse derselben wiederum derselben erstattet werden müssen. Damit nun hierunter um soviel mehr allem Uebel, vorgebeugt werden möge, so befehlen Wir Euch hierdurch allergnädigst, den Land- und Steuerräthen der Kurmark auf vorberührte Art gemessene Auflage zu thun und erstere zugleich wiederholentlich anzuweisen, gehörig darauf zu sehen und zu halten, dass den unvermögenden, so in den Dörfern auf eine gefährliche Art erkranken, die benöthigten Arzneimittel auf Kosten der Kreiscasse gereicht werden müssen.

Berlin, den 2. März 1772.

Dieses Verbot des Umherschleppens dürftiger Kranker durch Krüppelfuhrwerk wurde nach folgendem Directorial-Rescript vom 26. Juni 1793 in der Kurmark durch eine Circular-Verordnung an die Kreisbehörden vom 8. August 1793 erneuert:

Fr. W. — Uns ist vorgetragen worden, was Ihr ad Rescript: vom 19. April a. c. über die von der General-Landarmen- und Invaliden-Verpflegungs-Direction, in Ansehung der von Euch in Antrag gebrachten, auf die Contraventionen gegen das Verbot der Krüppelfuhren zu bestimmenden Strafen, und des Transports der auf der Reise erkrankenden Armen gethanen Vorschläge, unterm 8. hujus, berichtet habt. Und wie wir Eurem Gutachten, wie, bei abgeschafften Krüppel-Fuhren, Arme, die auf der Reise erkranken, dass sie zu Fuss nicht weiter fortkommen können, und sowohl Pflege als Hülfe bedürfen, dahin, wo sie solche erhalten können, fortzuschaffen sind, Unserm Beifall geben; so wird solchem nach hierdurch festgesetzt, dass derjenige Schulze, der in solchem Fall die erste Krüppel-Fuhren giebt, mit Vier Thlr., jeder der folgenden Schulzen aber, der die weiteren Krüppel-Fuhren giebt, mit zwei Thlr., oder respectivem verhältnissmässigen Gefängniss, Magisträte, Gerichts-Obrigkeiten und Beamten aber, die dergleichen Fuhren zu geben verfügen, mit Acht Thlr. bestraft werden sollen. Weil jedoch in Nothfällen, dergleichen erkrankte Armen, die den Transport ertragen, dahin, wo sie Hülfe haben können, fortzuschaffen nothwendig ist, so soll: 2) die Fortschaffung von dem Orte, wo der Arme erkrankt ist. mit Vorspann ins nächste Dorf, und solchergestalt von da weiter von Dorf zu Dorf geschehen. Da ferner in solchen Fällen mehrentheils periculum in mora vorhanden ist; so werden 3) die Landräthe hierdurch authorisirt, alsdann die Vorspann-Pässe unverzüglich und ohne Anfrage zu ertheilen, demnächst aber durch Euch die Authorisation zur Justification des Vorspanns nachzusuchen. 4) Die Vergütigung dieser Vorspannungen geschieht in den associirten Kreisen und wenn dieselbe Kranke aus solchen Kreisen betreffen, welche zum Land-Armen-Hause zu bringen sind, bekanntermassen aus der Landarmen-Casse, sonst aber und überhaupt in den nicht associirten Kreisen aus den Kreis-Cassen, ohne die Marsch- und Molestien-Casse damit zu beschweren. 5) Dieser Vorspann ist, wie schon erwähnt, zu bewilligen, wenn ein Ar-

mer auf dem Wege dergestalt erkrankt, dass er zu Fuss nicht weiter fortkommen kann, und ein solcher Fall ist von der Gerichts-Obrigkeit des Ortes, oder wo keine vorhanden, von dem Schulzen des Dorfs, sofort dem Landrath zur Ertheilung des Vorspanns, anzuzeigen. 6) Der Transport des Kranken muss, wenn derselbe nicht zum Landarmen-Hause gebracht werden soll, bis zur nächsten Stadt, wo ein Arzt oder Chirurgus sich befindet, bewerkstelliget, und daselbst der Obrigkeit, zur weiteren Vorsorge für denselben übergeben, auch im Vorspanns-Passe der locus ad quem benennet werden. 7) Ist der Erkrankte so schwach und schlecht, dass er ohne Gefahr des Lebens nicht dergestalt fortgebracht werden kann, so muss derselbe an dem Orte, wo er sich in solchem Zustande befindet, möglichst verpflegt, und der nächste Arzt oder Chirurgus geholet, auch der Transport so lange ausgesetzt werden, bis solcher ohne Gefahr geschehen kann, worauf besonders die Obrigkeit des Orts, oder derjenige der daselbst ihre Stelle vertritt, zu sehen hat. 8) Ereignet sich in einem nicht associirten Kreise der Fall mit einem, auf der Reise dergestalt, dass solche zu Fuss nicht weiter fortgesetzt werden kann, erkrankenden Armen in einer Stadt; so muss derselbe aus der Kämmerei, wenn sich daselbst ein Arzt oder Chirurgus befindet, verpfleget und curirt werden. Ist aber der Fall so beschaffen, dass ein Armer zur Charité gebracht werden soll, und derselbe nicht gehen, doch den Transport ertragen kann; so muss derselbe aus der Stadt, oder durch dieselbe gleichfalls auf Kosten der Kämmerei, bis zum nächsten Dorfe zur weiteren Fortbringung geschafft, und davon dem Landrath zugleich zur Ertheilung eines Vorspann-Passes Nachricht gegeben werden. 9) Versteht es sich von selbst, dass der Kranke, wenn er des Vermögens ist, die Kosten erstatten, sonst aber mit solcher Erstattung es so gehalten werden muss, wie die vorhandenen Gesetze es bestimmen. 10) Wegen des Transports der invaliden Soldaten zur Charité verbleibt es bei demjenigen, was durch das Rescript vom 9. Mai a. c. verfügt worden. Ihr habt hiernach die Land- und Steuerräthe, und durch dieselben die Magisträte und Gerichts-Obrigkeiten, zu ihrer eigenen Achtung, und zur Bekanntmachung an die Bürgerschaften, und Dorfgemeinen zu instruiren.

Berlin, den 26. Juni 1793."

Aus dem gleichen Jahre stammt ein

Publikandum, wie es mit Verpflegung und Transportirung der Kranken im Magdeburgischen gehalten werden soll. d. d. Berlin, den 25. Juli 1793.

Nach der unterm 21. Febr. 1703 publicirten Armen-Ordnung für das Herzogthum Magdeburg, und deren 20. §, desgleichen nach dem Patente vom 23. Januar 1722, ist bereits verordnet: dass die an einem Orte ankommenden Kranken, bei exemplarischer Bestrafung nicht weiter den benachbarten Gemeinden zugeführt, sondern so lange verpflegt werden sollen, bis sie ohne Gefahr des Lebens weiter gebracht werden können u. s. w. Diese Vorschrift ist bisher nicht durchgehends befolgt, vielmehr verschiedentlich in Erfahrung gebracht worden: dass dergleichen Erkrankte und dürftige Personen auf Krüppelfuhre von einem Ort zum andern weiter gebracht, und hierdurch zum öftern deren Tod befördert worden ist. Dieses gefühllose Verfahren streitet nicht nur mit den Pflichten der Menschlichkeit, sondern auch mit den Grundsätzen einer guten Landes-Polizei. Damit nun solches in Zukunft vermieden werden möge: so wird nach Anleitung der unterm 7. Jan. 1783 wegen der auf der Wanderschaft erkrankten Wandersburschen erlassenen allgemeinen Verordnung, welche übrigens ohne alle Abänderung völlig bei Kräften bleibt: auch in Ansehung aller übrigen fremden und dürftigen Kranken, hiermit festgesetzt, u. s. w.

Aehnliche Vorschriften, wie in den letzten Verfügungen, finden sich auch in dem

Pulikandum, wie es mit Verpflegung und Transportirung der in den Städten und auf dem platten Lande des Fürstenthums Halberstadt sich einfindenden Kranken gehalten werden soll. d. d. Berlin 20. October 1793. Ferner sind zu nennen ein Circular der K. Kurmärkischen Regierung an sämmtliche landräthliche Behörden, Superintendenten u. s. w. vom 16. Januar 1811, vom 24. April 1811, sowie vom 16. April 1814.

Sehr ähnlich diesen Erlassen über die Krüppelfuhren lautet die Verordnung der Königl. Regierung in Merseburg, die Fortschaffung erkrankter Armen und sonst hülfloser Personen betreffend. (Amtsbl. Ders. 1819. v. Kemptz Annalen III. 2. S. 485.):

Es sind neuerlich Fälle vorgekommen, wo ausser ihrer Heimath erkrankte Arme und Hülflose von den Orten ihres temporairen Aufenthalts, um sich ihrer zu entledigen, ohne ihre Herstellung zu erwarten, fortgeschafft worden sind. Ein solches Verfahren steht nicht nur mit den allgemeinen durch Vernunft und Religion gebotenen Pflichten der Menschenliebe im grellsten Widerspruch, sondern dasselbe ist auch durch besondere Gesetze, namentlich aber in den Sächsischen Landestheilen des hiesigen Regierungsbezirks, zuletzt durch das Generale vom 8. Juli 1789 längst verboten. Es ist daher eigentlich nur blosse Wiederholung und Einschärfung früherer Gesetze, wenn wir uns hierdurch folgendes anzuordnen genöthigt sehen: 1) Arme und sonst hilflose Personen, die, sie mögen In- oder Ausländer seyn, ausserhalb ihres ordentlichen Wohnortes dergestalt erkranken, oder an einem Orte ausser ihrem Wohnorte, so krank ankommen, dass sie ohne Nachtheil für ihre Gesundheit zu Fuss nicht weiter kommen können, dürfen, um sich ihrer zu entledigen, unter keinem Vorwande fortgeschafft werden, sondern müssen bis zu ihrer Herstellung an dem Orte, wo sie einmal sind, behalten werden. 2) Wenn darüber Zweifel entsteht: ob der Kranke ohne Nachtheil für seine Gesundheit, zu Fuss weiter kommen, oder doch gefahren werden kann, und wird vielleicht die Fortschaffung von ihm selbst gewünscht, so darf selbige nur dann geschehen, wenn ein approbirter Arzt oder Wundarzt, welcher den Kranken siehet, die Zulässigkeit und Unschädlichkeit des Transport schriftlich bezeugt. Die Kosten dieses Zeugnisses muss die Gemeine, der es ausgestellt wird, tragen, und dasselbe zu ihrer etwaigen Rechtfertigung aufbewahren. 3) Wird diesem entgegen dennoch ein solcher Kranker ohne Zuziehung eines Arztes oder Wundarztes fortgeschafft, so darf zwar dessen Annahme von dem Orte, wohin er gebracht worden, nicht verweigert, und der Kranke nicht zurückgeschafft werden; die Kur und die Verpflegung erfolgt aber dann auf Kosten desjenigen Orts, welcher nach obiger Vorschrift verpflichtet war, den Kranken zu behalten. U. s. w.

Zur Verhütung der Verschleppung des Typhus durch Krankenbeförderung erliess die Königl. Kurm. Regierung folgende Bekanntmachungen:

Die häufigen Transporte kranker Militairpersonen durch hiesige Provinz machen nachstehende Anordnungen zur Verhütung der bereits in einigen Orten sich zeigenden ansteckenden Krankheiten nothwendig. Bei der Ankunft eines Krankentransportes muss die Ortspolizeibehörde mit Zuziehung des Physikus oder in Ermangelung dessen, eines anderen Arztes sich sofort zu unterrichten suchen, ob ansteckende Fieberkranke dabei sind, und in diesem Falle für deren möglichste Isolirung Sorge tragen. Zu dem Behuf sind solche Kranke, wo es irgend möglich ist, nicht bei den Einwohnern, sondern in besonderen geräumigen Gebäuden unterzubringen, in denen alle

Vorkehrungen zur Luftreinigung und Zerstörung des Contagiums, nach den ärztlichen Anordnungen sorgfältig zu treffen sind. Die Ortseinwohner müssen sich so viel als möglich von diesen Kranken entfernt halten, und wenn das Unterbringen der letztern, in den Wohnhäusern unvermeidlich sein sollte, bei andern gesunden Einwohnern für ihr eigenes Unterkommen sorgen. U. s. w.

Potsdam, den 18. Februar 1813.

---

Um die weitere Verbreitung des in mehreren Orten der Provinz durch die Militär-Transporte entstandenen ansteckenden Fiebers zu verhüten, sehen wir uns veranlasst, fernerweit folgende Massregeln anzuordnen und sämmtlichen Obrigkeiten, Polizeibehörden und Physikern die pünktliche Ausführung derselben aufzugeben. U. s. w.

1) In allen Ortschaften, durch welche kranke Militärpersonen transportirt werden, muss sofort ein eigenes Local zur Aufnahme der Kranken bestimmt und eingerichtet werden. Dazu können Häuser mit geräumigen Stuben, Scheunen und reinliche Stallgebäude, welche sodann zu dielen und zum Heizen einzurichten sind, am zweckmässigsten benutzt werden, und ist bei deren Auswahl hauptsächlich auf gehörige Entfernung von den übrigen Wohnhäusern und wo möglich auf eine solche Lage zu sehen. dass die Kranken zu und aus denselben transportirt werden können. Die innere gesunde Einrichtung dieses Krankenlocals, die Vorkehrungen zur Luftreinigung u.s.w. haben die Physici anzuordnen.

4) Das öftere Umladen der Kranken und Wechseln der Wagen und Fuhrknechte ist möglichst zu vermeiden. Auch darf bei dem Um- und Abladen der Kranken das Stroh, auf welchem sie gelegen, nicht auf den Wagen bleiben, sondern muss sogleich verbrannt oder in die Mistgrube geworfen werden. Die Fuhrknechte sind anzuweisen, sich nicht mit den Kranken zusammen zu setzen, sondern neben den Wagen zu gehen. Der Zutritt anderer Leute zu den Wagen ist gänzlich zu hindern.

Der grösseren Vollständigkeit wegen seien noch folgende Bekanntmachungen hier angeführt:

Bekanntmachung der Königl. Regierung zu Münster, den Transport armer und kranker Reisenden betreffend. 1824.

In Bezug auf die Circularverfügung vom 29. Juli 1822, den Transport armer und kranker Reisender betreffend, finden wir uns veranlasst, folgende Vorschriften zur allgemeinen Kenntniss zu bringen: 1) Kein Ort soll mit Krankenfuhren ankommende Reisende auf gleiche Art weiter bringen lassen, wenn sie sich nicht durch ein Attest des absendenden Bürgermeisters zum unentgeldlichen Transport legitimiren. 2) Fehlt diese Legitimation oder erkranken arme Reisende, so dass sie durch Fuhren weiter gebracht werden müssen, so ist dem Bürgermeister davon Anzeige zu machen, welcher schleunigst, und so weit es ohne grossen Zeitverlust geschehen kann, mit Zuziehung eines Arztes oder Wundarztes die angezeigte Krankeit zu untersuchen, und wenn diese, oder die sonst erforschten Umstände des Reisenden dessen Transport mit Wagen zulassen, eine Reisefuhre zu bestellen, zugleich aber dem Reisenden ein offenes Zeugniss über die geschehene Untersuchung und dessen Krankheit zu ertheilen hat. 3) Die Reisefuhren sollen von einem Stationsorte zum andern gestellt werden. Zur Umwechslung der Fuhre, sowie zur Verpflegung der Kranken soll wo möglich ein öffentliches Wirthshaus gewählt, und der Wirth für die Verpflegung aus der Armenkasse, oder bei deren Unzulänglichkeit aus der Communalkasse, entschädigt werden. 4) An allen Orten, wo Krankenfuhren gestellt oder gewechselt werden, soll der Bürgermeister sich zu dem kranken Reisenden begeben, und untersuchen,

ob derselbe ferner einer Fuhre bedarf, oder ohne Gefahr für seine Gesundheit weiter gefahren werden kann? Scheint ein weiterer Transport nach den Umständen bedenklich, so sind Vorkehrungen zur Verpflegung des Kranken zu treffen, und in diesem Falle ist davon dem Landrath Anzeige zu machen. Zugleich haben die Bürgermeister eine genaue und vollständige Liste über alle angekommene und wieder abgegangene Krankenfuhren anzufertigen, in welchen anzuführen ist, ob und wie weit der Kranke verpflegt worden ist, auch der Name des Anspänners, der ihn weiter gefahren, so wie die Zeit der Ankunft und der Abfahrt zu bemerken ist. 5) Die zu transportirenden Kranken müssen, wenn sie bei Tage ankommen, spätestens eine Stunde nach ihrer Ankunft mit einem Wagen mit bequemen Strohlager, wozu wenigstens $1^1/_2$ Bund Stroh, zu 20 Pfunden das Bund zu verwenden sind, auf dem kürzesten und bequemsten Wege zum Ziele ihrer Reise weiter gefahren werden. Vor Aufgang oder später als eine Stunde vor Untergang der Sonne darf der Kranke jedoch nicht abgefahren werden, und es ist zur genaueren Controlle dieser Vorschrift an jedem Orte, wo die Fuhre gewechselt wird, die Zeit der Ankunft und Abfahrt des Kranken unter dessen Fuhratteste zu bemerken. U. s. w.

Bekanntmachung des Königl. Ober-Präsidenten der Provinz Westphalen, wegen des Transports durch Bitt-(Krüppel-)Fuhren, vom 26. Juni 1825.
Der Königl. Preuss. Ober-Präsident von Westphalen.
(gez.) v. Vincke.

Bekanntmachung des Königl. Ober-Präsidenten der Provinz Westphalen, die Fortschaffung armer Reisenden durch Krüppelfuhren betreffend. Münster 13. Mai 1827.
Königl. Preuss. Ober-Präsident der Provinz Westphalen.
(gez.) v. Vincke.

Der Königl. Regierung zu Merseburg Verbot des Fortschaffens armer kranker Reisenden.
Merseburg, den 21. März 1827.
Königl. Preuss. Regierung.

Bekanntmachung der Königl. Regierung zu Cöln, denselben Gegenstand betreffend.
Cöln, den 25. Mai 1827.
Königl. Preuss. Regierung.

In diesen Verordnungen zeigt sich also bereits eine besondere Fürsorge für die Person des Kranken. Ferner wird hervorgehoben, dass durch die Beförderung eines an ansteckender Krankheit Leidenden diese selbst weiter verbreitet wird, und auch aus diesem Grunde eine Beförderung der Kranken als nicht zweckdienlich bezeichnet. Dass durch die Transportmittel, welche die Kranken bei ihren Fahrten benutzen, die Erkrankung weitere Ausdehnung gewinnen kann, wird hier nicht gesagt. Immerhin sind diese Verordnungen wichtig, weil dieselben ausser in genannter Quelle kaum sonst an einer anderen Stelle Erwähnung finden, und weil sie Zeugniss ablegen, dass die Behörden durch dieselben die Gesundheits- und Krankenpflege zu berücksichtigen trachteten.

Mehr unserer jetzigen Auffassung der Aufgaben des Krankentransportes entsprechend sind folgende Bemerkungen in dem ersten Berichte (1794) der Hamburgischen Rettungsgesellschaft:

„Auch die Hinbringung des Körpers nach dem zur Anstellung der Herstellungsversuche bequemen Ort erfordert eine nähere Fürsorge, um nicht

den Geretteten durch verkehrte Behandlung, zu starke Erschütterung, oder widernatürliche Lage, auf mannigfaltige Weise zu schaden, und oft blos dadurch alle Möglichkeit der Herstellung zu vereiteln. Leichte Tragbaren von Korbarbeit geflochten, an der hinteren Seite erhöht, um dem Kopf des Geretteten eine angemessene höhere Lage zu verschaffen, und auf beiden Seiten mit Stäben zum Forttragen versehen, schienen der Gesellschaft die zweckmässigste Vorrichtung für diesen Endzweck, weil sie leicht transportirt werden können, dem während des Transports von dem Körper abfliessenden Wasser freien Abfluss zu verschaffen, und in jedem Wachthaus, ohne Beengung des Platzes, mit leichter Mühe an die Wand gehangen werden können, um sie auf diese Weise sicher aufzubewahren, und gleich bei der Hand zu haben. Die Gesellschaft hat von diesen . . . . . Tragkörben, deren Zeichnung keiner näheren Erläuterung bedürfen wird, vor der Hand 20 Stück angeschafft, und in die dem Wasser am nächsten gelegenen Wachthäuser vertheilt. Der Preis derselben ist etwa 10 Mark Hamburger Courant.“ (Bei Erscheinen der 3. Auflage 1828 30 Mark.)

In den späteren Bekanntmachungen, in welchen Krüppelfuhren verboten wurden, sind dieselben als „Bittfuhren“ bezeichnet.

Bemerkenswerth ist, dass auch in ausserdeutschen Ländern über diese Arten der Krankentransporte Verordnungen bestanden, welche den oben genannten ausserordentlich ähnlich sind. Von einzelnen sei hier eine Verfügung zum Vergleich angeführt, welche bereits 1760 von Friedrich V. von Dänemark erlassen worden, in welcher

„die Verpflegung auswärtiger und änderer Personen angeordnet und die unzulässige Transportirung derselben von einem Ort in einen anderen verboten“ wurde.

Dieselben sollen vielmehr, wenn sie sehr krank und elend an dem Orte, wo sie sind, verbleiben.

„Wir verbieten zugleich ernstlich, Arme, die krank sind und nicht ohne Gefahr ihrer Gesundheit zu transportiren stehen, von dem Orte, wo sie sich befinden, sie mögen nach andern Orten in Unsern Landen gehören oder Auswärtige seyn, weg und nach anderen Oertern zu bringen, und befehlen, dass, wenn gleichwohl dergleichen in der Folgezeit geschehen sollte, diejenigen, welche solche unmenschliche Transporte veranstaltet, in fiscalischen Anspruch genommen und auf das härteste bestraft werden sollen. Und wie wir ferner wollen, dass alle Obrigkeiten dafür wachen sollen, dass ebenwenig von Fremden solche barbarische Transporte armer und kranker Personen nach Unsern Landen vorgenommen werden so . .“

König Christian hatte dann 1784 für Schleswig-Holstein folgendes bestimmt:

### A. Verordnungen für die Gesundheitspflege.

#### 6. Verordnungen, die Sorge für Armenkranke betreffend.

1. Resolution, dass die Verpflegungskosten für arme und wahnsinnige Personen nicht aus eines jeden Kirchspiels sondern aus der Pinnebergischen Landeskasse genommen werden sollen, vom 31. Jan. 1749 (Koch u. Jensen S. 431).

2. Verfügung, wodurch die Verpflegung auswärtiger und anderer armer und kranker Personen angeordnet und die unzulässige Transportirung derselben von einer Jurisdiction in die andere verboten wird, vom 21. Jan. 1760.

6. Wiederholte und bestimmtere Verordnung, dass kein Armer um an einem anderen Orte zur Versorgung angenommen zu werden, auf Gefahr seiner Gesundheit dahin gebracht werden dürfe, vom 12. Novbr. 1784.

Wir Christian der Siebente etc. Thun kund hiemit: Dass da sich aus verschiedenen, an Unsere Deutsche Kanzeley gebrachten und Uns vorgetragenen Fällen zu erkennen gegeben, dass ungeachtet des unterm 21ten Januar 1760 in Unserem Herzogthum Schleswig und im damaligen Königl. Antheil Unseres Hertzogthums Holstein, wie auch in Unserer Herrschaft Pinneberg, Stadt Altona und Grafschaft Rantzau ergangenen, und durch den 7. und 8. Punkt Unserer Verordnung vom 3. Juli 1776 daselbst wiederholten, und auf die Holsteinische, vorhin Grossfürstliche und gemeinschaftliche Landesantheile, erweiterten ernstlichen Verbots, noch immer kranke und schwache Armen nach andern Orten, die man zu ihrer Uebernehmung und Versorgung verbundet achtet, mit Gefahr ihrer Gesundheit und wohl ihres Lebens transportirt worden, Wir Uns unumgänglich veranlasset gefunden haben, diese Anordnungen in besagten Unseren Herzogthümern und Landen nicht nur aufs neue einzuschärfen, sondern auch ihrer ferneren strafbaren Hintansetzung durch folgende bestimmtere Vorschriften zu begegnen.

§ 1.

Alles Transportiren bettlägeriger Personen nach anderen Orten, um daselbst zur Versorgung angenommen zu werden, wird, bey der schwersten Verantwortung und schärfsten Ahndung, ohne Ausnahme verboten.

§ 2.

Mit dem Transporte anderer Armen, die zwar nicht bettlägerig, aber doch Schwachheit und Alters wegen unvermögend sind, nach ihrer Heimath zu gehen, ist es so zu halten, dass jederzeit dem Oberbeamten, Magistrate, Gutsherrn und überhaupt der Obrigkeit, welche ihre Fortbringung zu verfügen hat, bey der ihr, nach den 6. Punkte Unserer Verordnung vom 3. Julii 1776, von solchem Falle zu thuenden Anzeige, zugleich ein Zeugniss des gehörigen Predigers und Officialen, oder, wenn dieser zu entfernt wäre, des Predigers,

dass sie den transportirenden Armen gesehen, und nicht krank befunden, er auch selbst über keine Krankheit klage,

produciret werden muss.

§ 3.

Könnten der Prediger und der Unterbeamte, oder andere Bediente des Orts, ein solches Zeugniss mit unverletztem Gewissen nicht ertheilen, so wäre zu der Verfügung des Transports nothwendig, dass ein Zeugniss des nächsten zur Praxis berechtigten Medici ofer Chirurgi beygebracht würde:

dass der Arme mit keiner solchen Krankheit, die bey seinem Transporte einige Gefahr besorgen lasse, befallen sey.

§ 4.

Wenn hochschwangere Weibspersonen weggebracht werden sollen; so ist jederzeit ein Zeugniss der Hebamme des Orts, nach welchem die Niederkunft nicht so nahe ist, dass sie den Transport nicht bedenklich machen kann, erforderlich.

§ 5.

Auf solchen, der obrigkeitlichen Requisition allemal beyzufügenden Attest, können die nach ihrer Heimath zu bringenden Armen, so lange bey ihnen sich nichts

Bedenkliches äussert, ohne Verantwortung von einer Jurisdiction zur andern befördert werden. Nur ist, wenn obgedachtermaassen das Zeugniss eines Medici oder Chirurgi beygebracht werden muss, und an einem auf der Route belegenen Orte ein zur Praxis berechtigter Medicus oder Chirurgus vorhanden ist, von diesem der Zustand des Armen aufs neue zu untersuchen, und die Unschädlichkeit des weitern Transports zu bezeugen.

§ 6.

Sobald aber unterweges einige Bedenklichkeit entsteht, muss mit dem Transporte eingehalten, und der Arme erst nach seiner Genesung, oder wenn das entstandene Bedenken gehoben ist, weiter gebracht werden. Und damit dieses desto sicherer in Acht genommen werde, hat die Commune des Orts, wo mit dem Transporte eingehalten ist, die Ersetzung der auf den Armen verwandten Kosten jederzeit von der Commune, auf deren Veranlassung er abgesandt worden, zu erwarten.

§ 8.

In Mangel des erforderlichen Zeugnisses muss der Arme, er möge aus Unseren Landen oder ein Auswärtiger seyn, an dem Orte, wo er sich befindet, bis zu seiner Genesung bleiben, und aus der Armenkasse, mit Vorbehalt der ihr von der Commune, die ihn nach den ergangenen Verordnungen zu übernehmen hat, zu leistenden Vergütung, verpfleget und unterhalten werden. Sollte dennoch eine Commune, Kirchspiels- oder Armenvorsteher, Bauervogt oder anderer Unterthan, etwa der Hauswirth des Armen, oder gar ein Unterbeamter und Bedienter lieblos genug seyn, denselben, damit man seiner Verpflegung überhoben wäre, ohne Vorbewust der Obrigkeit wegzuschaffen, oder anderswohin zu fahren oder fahren zu lassen; oder würde ein nach seiner Heimath zu befördernder Armer, obschon sich unterweges ein bedenklicher Umstand bey ihm äusserte, oder er gar erkrankte, weiter gebracht; so sollen diejenigen, die solche unchristliche und unmenschliche Transporte vornehmen oder veranstalten, in fiscalischen Anspruch genommen und mit scharfer Strafe belegt werden. Und gleicher Ahndung sollen die Vorsteher der Communen und Armenkassen unterworfen seyn, die einen Armen, der ohne Gefahr seiner Gesundheit, nicht fortgebracht werden kann, pflichtvergessener Weise hülflos, und wohl gar, aus Mangel der gehörigen Vorsorge, umkommen lassen.

Wornach die Obrigkeiten, Unterbeamten und Bedienten, Prediger, Medici und Chirurgi in obbenannten Herzogthümern und Landen, und sonst Alle, die es angeht, sich zu achten haben. Urkundlich etc. Gegeben etc. Christiansburg den 12. November 1784.

(L.S.) Christian Rex.

A. P. v. Bernstorff. A. G. Carstens. C. L. Schütz. F. C. Krück.

Hervorzuheben ist aus dieser Verordnung, dass zunächst ein Prediger den betreffenden Kranken sehen soll, und dass, falls er ihn nicht krank „befindet", und der Patient selbst über keine Krankheit klagt, dem Transport nichts im Wege steht. Da es sich um Arme handelt, „die zwar nicht bettlägrig, aber doch Schwachheit und Alters wegen unvermögend sind, nach ihrer Heimath zu gehen", so dürfte eine solche Entscheidung nicht immer für den Laien leicht zu treffen gewesen sein. Allerdings ist für zweifelhafte Fälle ein Zeugniss des nächsten Arztes erforderlich gewesen, welches jetzt stets als nothwendig angesehen wird. Ausserdem sind in dieser sowie in der folgenden Verfügung die Schwangeren besonders er-

wähnt, da ja auch ihr Transport nicht immer ohne Bedenken auszuführen ist. Auf dieses Verhältniss werde ich weiter einzugehen haben. Besonders bemerkt wird die Beförderung von schwangeren Personen noch in folgendem Erlass:

Auszug aus der Armenordnung, vom 29. December 1841.

Wir Christian der Achte etc. . . . .

§ 87. Personen, welche wegen Alters oder Schwachheit nicht im Stande sind, sich zu Fusse nach ihrer Heimath zu begeben, dürfen nur auf Verfügung der Obrigkeit, und nachdem diese sich hinlänglich davon überzeugt hat, dass der zu Transportirende nicht krank sei, was in dem Transportscheine immer ausdrücklich zu bemerken ist, transportirt werden. Ist der zu Transportirende krank oder finden hierüber Zweifel Statt, so ist derselbe von einem Arzte oder Chirurgen zu untersuchen, und darf der Transport nur verfügt werden, wenn dieser eine Bescheinigung dahin ausstellt, dass derselbe nicht mit einer Krankheit oder einem Uebel behaftet sei, welche bei seinem Transport einige Gefahr besorgen lassen. Auch hat der Arzt jedesmal in dem Scheine zu bemerken, ob der Transport zu Wagen ausgeführt werden müsse.

§ 88. Wenn hochschwangere Personen weggebracht werden sollen, so ist jederzeit ein Zeugniss eines Arztes oder einer beeidigten Hebamme erforderlich, nach welchem die Niederkunft nicht so nahe ist, dass sie den Transport bedenklich machen kann.

§ 89. Auf solchen, dem Transportschein beizufügenden Attest kann der Transport, so lange sich keine bedenkliche Veränderungen des Zustandes zeigen, fortgesetzt werden. Sollte unterwegs einige Bedenklichkeit entstehen, muss mit dem Transporte eingehalten, und eine abermalige ärztliche Untersuchung veranlasst werden.

§ 92. Vorschriftswidriges (§ 87) Transportiren kranker oder gar bettlägeriger Personen, um sich der Versorgung derselben zu entledigen, ist bei schwerer Ahndung verboten. Sollte eine Commüne oder ein Commünevorsteher, Bauervogt oder sonstiger Official, oder anderer Unterthan, etwa der Hauswirth des Armen, sich erlauben, denselben, damit man seiner Verpflegung überhoben werde, ohne Wissen der Obrigkeit fortzuschaffen, oder anderswohin zu fahren oder fahren zu lassen, oder würde ein auf dem Transport begriffener Armer, obschon sich unterwegs ein bedenklicher Umstand bei ihm äusserte, weiter gebracht (§ 89), so sollen diejenigen, die solche Transporte vornehmen oder veranstalten, mit scharfer Strafe belegt werde.

Hier werden ärztliche Zeugnisse erfordert, in denen die Transportfähigkeit des Betreffenden bescheinigt werden muss, eine bemerkenswerthe Vorschrift, über welche noch weiter unten die Rede sein wird.

Die Gefahr der Benutzung der dem öffentlichen Verkehr dienenden Beförderungsmittel durch Kranke oder sogar durch Personen, welche nur mit Kranken in Berührung kamen, für die Allgemeinheit wird in einer Abhandlung über die Pest von Enrico di Wolmar (1827) geschildert. Unter den Ursachen der Weiterverbreitung der Seuche wird auch das in Kairo gebräuchliche Reiten auf Mietheseln genannt.

Da dieselben von Personen benutzt werden, „welche in den Häusern Kranker und Todter Besuche abstatten, so wird durch diese das Gift den Sätteln der Esel mitgetheilt, die gewöhnlich mit wollenen Stoffen bedeckt sind, und dadurch um so leichter das Gift in sich aufnehmen. Manchmal geschieht es auch, dass Leute auf der Strasse die ersten Pestanfälle bekommen, und dann von einer solchen

Schwäche befallen werden, dass sie sich dieser Miethesel bedienen müssen, um nur zu ihrer Wohnung gelangen zu können. So besteigt denn oft ein Gesunder einen Esel, der so eben erst einen Pestkranken getragen hat, bemerkt vielleicht auch, dass der Sattel noch ganz warm ist, beachtet es aber nicht, und steckt auf diese Art unterwegs seine Kleider durch die krankhaften Ausdünstungen an, die sich dann oft so schnell durch die Blutmasse verbreiten, dass er schon beim Absteigen, das erste Symptom der Pest, einen leichten Kopfschmerz besitzt".

Sehr interessant ist eine „Verordnung über das Verfahren bei der Annäherung und dem Ausbruche der Cholera in Berlin", welche unter dem 23. August 1831 von dem Gesundheits-Comité erlassen wurde, welches durch Allerhöchste Verordnung zur Abwehr der Choleragefahr für Berlin eingesetzt war. Im Abschnitt II. sind

„Bestimmungen über die bei der Annäherung der Cholera zu treffenden Vorsichts-Maassregeln" enthalten:

§ 52.

Die Transportmittel zur Fortschaffung der Kranken nach den Heilanstalten bestehen in einem mit 2 Pferden bespannten, in Federn hängenden bedeckten Wagen, einem darin befindlichen, inwendig mit Wachsleinwand ausgeschlagenen und verdeckbaren Tragekorbe, welcher einen Strohsack und ein mit Leder überzogenes Kopfpolster, ausserdem einige grosse wollene Decken und eine blecherne Wärmflasche enthält, und bei einem Transporte in der Nähe auch für sich benutzt werden kann, nächstdem in vier zur Sicherung vor der Infection mit einer Bekleidung von schwarzer Glanzleinwand, einer glanzledernen Mütze und dergleichen Handschuhen versehenen Krankenträgern und einem Kutscher.

Es befinden sich dergleichen Transportmittel in einer jeden Heilanstalt in besonders dazu bestimmten, abzuschliessenden und zu bewachenden Räumen, und sind daselbst durch einen Seitens der Schutz-Commission dahin zu sendenden Boten (Schutzdiener) von dem Aufseher der Heilanstalt zu requiriren.

Ausserdem bleibt es einzelnen Schutz-Commissionen anheimgestellt, sich zur Beschleunigung des Transports der in ihrem Bezirke Erkrankten mit besondern Transportmitteln, nach ihrem Ermessen, zu versehen, wobei indessen für die Unterbringung derselben in gehörig zu contumacirenden Localen Sorge zu tragen ist.

Jedenfalls haben die Schutz-Commissionen auch auf solche Transportmittel (Tragekörbe etc.) Bedacht zu nehmen, mittelst welcher auf der Strasse von der Cholera befallene Individuen ohne Aufenthalt nach der nächsten Cholera-Heilanstalt transportirt werden könnten.

§ 53.

Nach Ankunft der Transportmittel vor dem betreffenden Hause begeben sich die Krankentrager mit dem aus dem Wagen gehobenen Tragekorbe in das Krankenzimmer, legen den Kranken in seinen Betten vorsichtig in den Korb, hüllen ihn sorgfältig in die wollenen Decken ein, legen auf den Unterleib ausserdem die mit warmem Wasser neu zu füllende Wärmflasche und tragen den verdeckten Korb in den Wagen.

Mit gleicher Vorsicht ist der Kranke der Heilanstalt zu übergeben.

Der Transport nach derselben geschieht übrigens auf dem kürzesten Wege, doch mit möglichster Vermeidung der bewohnteren Strassen (und jedenfalls des Bürgersteiges, wenn der Kranke in einem Tragekorbe getragen wird.) Ein Polizei-Beamter leitet den Transport und verhindert jede Gemeinschaft mit Vorübergehenden durch Hülfe von 2 Mann Wache, von denen der eine vor, der andere hinter den den

Wagen begleitenden Trägern geht, jeder aber, sowie der Polizei-Beamte selbst, mindestens 5 Schritte von demselben entfernt bleibt.

Geschieht der Transport nach eingetretener Dunkelheit, so sind die Krankenträger mit Laternen versehen.

Nach beendigtem Transporte begiebt sich der Wagen sammt dem dazu gehörigen Personale wieder nach seinem Locale, woselbst die Träger sogleich vorschriftsmässig, nach der Anlege B., zu desinficiren und unter Aufsicht zu erhalten auch die gebrauchten Utensilien einer Reinigung zu unterwerfen sind.

§ 54.

Jedem nach einer Heilanstalt zu transportirenden Cholera-Kranken ist ein von dem Polizei-Beamten des Schutz-Commissions-Bezirks, in welchem der Kranke wohnt, nach dem sub F. beiliegenden Schema ausgestellter Begleitschein, welsher in der Heilanstalt abgeliefert wird, mitzugeben.

---

II. Reinigungs-Verfahren in Betreff der Waaren und Effecten.

Krankentransportwagen müssen eine Stunde lang mit Chlorgas durchräuchert, äusserlich aber mit der schwachen Chlorkalksolution sorgfältig abgewaschen werden.

Ebenso werden Krankentragekörbe und Leichenwagen behandelt."

Diese Verordnung, welche wenig bekannt ist, ist wohl als Vorläufer, besonders für die damalige allgemeine Organisation des Sanitätsdienstes, für das vier Jahre später erlassene Regulativ anzusehen. Das „Regulativ vom 28. October 1835, das bei ansteckenden Krankheiten zu beobachtende sanitäts-polizeiliche Verfahren betreffend, nebst einer Instruction über das Desinfections-Verfahren und einer populären Belehrung über die Natur und Behandlung der ansteckenden Krankheiten" enthält im Gegensatz zu dieser Verordnung nnr Weniges über Krankenbeförderung, und zwar unter den allgemeinen Vorschriften unter § 16 Absatz 3:

> Der Transport von ansteckenden Kranken nach anderen Privatwohnungen, darf nur mit Bewilligung der Polizeibehörde geschehen, welche für die Beobachtung der hierbei erforderlichen sanitäts-polizeilichen Maassregeln Sorge zu tragen hat.

In der Beilage A. Anweisung zum Desinfections-Verfahren ist unter dem § 14 der Allgemeinen Bestimmungen

E. Desinfection von Transportmitteln und anderen Gegenständen.

> 1. Wagen, Tragekörbe, Portechaisen etc., welche zum Transport von Personen, die an gefährlichen ansteckenden Krankheiten leiden, gedient haben, sind, wenn sie nicht etwa lackirt sind, mit mehr oder weniger verdünnter Seifensiederlauge oder Chlorkalksolution abzuwaschen.
> 2. Schiffe, welche zu demselben Zwecke gedient haben, müssen nach § 11 5 gereinigt werden.
>
> Anmerkung. Stroh, Heu u. s. w., welche zum Lager für die Kranken auf Wagen, Schiffen etc. gedient haben, sind zu verbrennen.

Ich habe diese Verordnungen über Krankenbeförderung aus älterer Zeit hier abgedruckt, weil dieselben den meisten Personen, welche sich mit der Erörterung der Frage beschäftigen wollen, nicht zugängig zu

sein pflegen, und weil sich aus ihnen ergiebt, in welcher Weise die Behörden nicht nur in Deutschland sondern auch in anderen Ländern, diesem wichtigem Zweige der öffentlichen Gesundheits- und Krankenpflege ihre Aufmerksamkeit zugewendet haben. Wie in anderen einzelnen Ländern besonders der Transport von ansteckenden Kranken gestaltet worden ist, wird sich noch bei der weiteren Erörterung zeigen. Es erhellt aber besonders, dass in Oesterreich wohl die ersten behördlichen Verordnungen in Bezug auf die Beförderung ansteckender Kranker erlassen worden sind, wobei die erheblichste Sorge auf die Beförderungsmittel verwendet wurde. Dass durch unzweckmässige Transportirung von ansteckenden Kranken Krankheiten verbreitet werden können, ist auch, wie wir gesehen haben, durch Verfügungen in Deutschen Staaten anerkannt worden. Aber noch heute wird beim Krankentransport in Oesterreich nicht nur auf die Wegschaffung ansteckender Kranker sondern auch auf die Transportirung von Verunglückten grosses Gewicht gelegt. Auch in den Deutschen Städten sind diesbezügliche Anordnungen vorhanden, und man kann sagen, dass jetzt wohl in den meisten Kulturländern, in der grossen Mehrzahl aller Städte und auf dem Lande für die Beförderung von Personen mit ansteckenden Krankheiten besondere Vorschriften bestehen, welche diesen wichtigen Zweig der öffentlichen Krankenfürsorge regeln. Zusammenfassende Schilderungen dieser Verhältnisse sind meines Wissens bis jetzt noch nicht erschienen, sondern man findet nur vereinzelte diesbezügliche Darlegungen.

Das jetzt geltende Reichsseuchengesetz hat unter den Strafbestimmungen eine solche für denjenigen, welcher wissentlich Fahrzeuge oder sonstige Geräthschaften, welche zur Beförderung von Personen, die an einer gemeingefährlichen Krankheit litten oder starben, gedient haben, vor Ausführung der polizeilich angeordneten Desinfection benutzt oder Anderen zur Benutzung überlässt.

In den Ausführungsbestimmungen des Gesetzes ist ausgesprochen, dass für die Beförderung der Kranken und Krankheits- oder Ansteckungsverdächtigen dem öffentlichen Verkehre dienende Fuhrwerke in der Regel nicht benutzt werden sollen.

Wir werden nun bei der ferneren Besprechung hauptsächlich den Transport von Personen mit innerlichen und ansteckenden Erkrankungen in nicht militärischer Hinsicht berücksichtigen, da, wie schon oben bemerkt, die Art der Beförderung von verunglückten Personen ausführlicher beim Rettungswesen zu erörtern ist. Denn der Krankentransport bildet, wie ich bereits an vielen Orten ausgeführt, die Grundlage für ein zweckmässig eingerichtetes Rettungswesen, und es kann, wenn an einem Orte das Krankentransportwesen in richtiger Weise functionirt, durch sehr einfache Massregeln das Rettungswesen daselbst organisirt werden. Kranke mit chirurgischen Leiden, welche nicht durch einen Unglücksfall herbeigeführt sind, werden im Grossen und Ganzen in gleicher Weise wie Personen mit innerlichen Leiden zu befördern sein. Nur ist in einzelnen Fällen der Transport mehr wie ein Transport eines Ver-

unglückten auszuführen, was sich natürlich nach der Art der betreffenden Erkrankung richtet. Die Fortschaffung von Verletzten und die Krankenbeförderung beim Heere werden in einzelnen Fällen, soweit dies erforderlich erscheint, kurz berührt werden, um die Beförderung von Personen mit Gesundheitstörungen aller Art im Zusammenhange darzulegen. Verschiedene bei Heeren gebräuchliche Beförderungsarten und -Geräthe sind auch in dieser Arbeit zu erwähnen, da ja die Transportirung von auf dem Schlachtfelde des täglichen Lebens Verletzten in ziemlich analoger Weise vor sich gehen muss, als die Beförderung von Verwundeten im Kriege besonders aus der Gefechtslinie.

## A. Allgemeine Regeln für die Ausführung von Krankentransporten.

Diese richten sich stets zunächst nach der Art und Schwere des Leidens des Patienten, ferner aber nach vielen anderen Umständen, welche der jeweilige Fall mit sich bringt. Auch für die Beförderung des Kranken gilt das Cito, tuto et jucunde, wie bei der gesammten Krankenbehandlung und -pflege. Der Transport ist stets so einzurichten, dass Gefahren durch denselben für den Kranken vollkommen, und Unbequemlichkeiten nach Möglichkeit vermieden werden. Der erstere Theil dieser Forderung begreift also das Cito und tuto in sich, denn die Schnelligkeit eines Transportes ist — wie sogleich dargelegt werden wird — bisweilen für das Leben des Kranken (tuto) entscheidend (lebenswichtige Operationen bei Luftmangel oder Blutungen). Ferner muss grösstmöglichste Bequemlichkeit — jucunde — auch beim Transport für den Kranken vorhanden sein. Die Schnelligkeit des Transportes ist aber auch für die Bequemlichkeit des Patienten wichtig. Denn der Transport ist gewöhnlich nur ein Uebergangstadium zur weiteren und endgültigen Behandlung, in welche möglichst bald zu gelangen sich der Kranke ersehnt. Denn es ist für einen an irgend einer Stelle plötzlich Erkrankten oder Verunglückten nicht angenehm, dort lange zu bleiben, da der Ort häufig sehr ungeeignet zum Verweilen für den Kranken ist, und z. B. auf der Strasse in einem solchen Falle sich gewöhnlich zahlreiche Menschen ansammeln, deren Anwesenheit allein den Kranken beunruhigt. Der Transport soll auch schnell geschehen, um einen Kranken mit ansteckender Krankheit aus einer Umgebung zu entfernen, welche durch längeren Aufenthalt des Kranken gefährdet werden kann. Die Umgebung wird also durch schnelle Entfernung des Kranken in diesem Falle gesichert.

Natürlich bezieht sich das Wort „Schnelligkeit“ beim Transport nur auf dessen Beginn. Alle Massnahmen zur Ausführung, Besorgung der Transportgeräthe, Begleiter u. s. w. sollen schnell vor sich gehen, der Verunglückte schnell den Blicken der gaffenden Menge entzogen werden. Das Tragen oder Fahren des Kranken selbst hat stets langsam zu erfolgen — zur Vermeidung von Erschütterungen — mit Ausnahme derjenigen Fälle, wo schleunige Vornahme einer Operation geboten ist.

Besonders kommt für die Ausführung des Transportes die Art des

Transportmittels, welches zur Verfügung steht, in Frage, aber auch die Art der vorhandenen Wege, der Ort der Erkrankung, die Umgebung und eine grosse Reihe von Verhältnissen, welche für jeden einzelnen Fall einer besonderen Ueberlegung bedürfen. Es besteht ein erheblicher Unterschied für die Beförderung eines Kranken in einer Stadt und auf dem Lande, da hier gewöhnlich die Wege und die Transportmittel nicht gerade in einem Zustande zu sein pflegen, welcher stets eine schonende Wegschaffung eines Kranken ermöglichen lässt. In einer Stadt ist die Umgebung des Kranken von Bedeutung, weil häufig die Zimmer und die Flure in den Häusern, welche zu passiren sind, eng und winklig sind. In den meisten Fällen kommen Transporte von Kranken aus der Wohnung in ein Krankenhaus in Frage, ferner aber auch Beförderungen von Personen, welche im Betriebe, in ihrem Geschäft oder auf der Strasse erkrankten, von dem betreffenden Orte in ihre Wohnung oder ins Krankenhaus. Seltener werden Kranke aus einer Wohnung in eine andere transportirt. Auch das Vorhandensein und die Zahl der Begleiter beeinflusst die Art der Ausführung eines Krankentransportes.

Bereits oben wurde darauf hingewiesen, dass Gegenanzeigen gegen eine Beförderung von Kranken unter gewissen Verhältnissen vorkommen können. Man muss aber auch in dieser Hinsicht individualisirend verfahren, schematisch lassen sich Regeln für solche Verhältnisse nicht angeben. Die Gefahren, welche bestimmten Kranken durch Transporte drohen, wurden bereits eingangs dargelegt, und die Arten der Erkrankungen, bei welchen dies der Fall, geschildert. Bei einer idealen Organisation des Krankentransportwesens wäre allerdings auch zu ermöglichen, dass Kranke aller Art ohne Weiteres ohne Gefahr für ihren Zustand wegzuschaffen wären. Leider wird sich dies nicht immer erreichen lassen. Aber es ist doch anzustreben — wenigsteus in den grösseren Gemeinwesen, welche über grössere materielle Mittel verfügen, — dass ein dringend nothwendiger Transport nicht aus Mangel an Beförderungsmitteln oder Träger- oder Wärterpersonal oder sonstiger äusserer Umstände wegen unterbleiben muss. Einige Beispiele werden die genannten Verhältnisse beleuchten. In einem Orte, wo genügende Transportmittel, welche an verschiedenen Plätzen aufbewahrt werden können, vorhanden sind, wird man leicht solche auch für einen Transport zur Hand haben und einen Kranken im Wagen, oder wo solche fehlen, auf einer Tragbahre weiter bringen. Sind gerade die Wagen im Augenblicke in Benutzung, und der Transport ist unaufschiebbar, z. B. wenn der Patient sich an einem Orte starken Verkehrs befindet, oder eine Operation schnell ausgeführt werden muss — Tracheotomie —, so wird man sich auch in einer Grossstadt anderer Fortbewegungsmittel und -arten bedienen, der Droschken und anderer öffentlicher Fuhrwerke — falls keine ansteckende Erkrankung vorliegt —, oder auch hier den Kranken auf einer Trage an den Ort seiner ferneren Versorgung bringen. Man stelle sich vor, dass ein Mensch in einer Stadt an einer Stelle grossen Verkehrs erkrankt ist, und dass lange Zeit vergeht, bis ein Wagen oder

anderes Gefährt herbeikommen kann, während in der Nähe ein Krankenhaus oder eine Rettungswache sich befindet, welche Krankentragen besitzen, so wird man natürlich sich der letzteren bedienen, um nicht den Kranken lange an der betreffenden Stelle liegen zu lassen. Die Polizeiorgane werden in solchen Fällen stets ihr Augenmerk darauf richten, dass der Kranke schnell vom Platze kommt, da die bei dieser Gelegenheit gewöhnlich entstehende Ansammlung von zahlreichen Menschen, welche aus Neugierde, ohne irgend etwas zur Hülfe des Betreffenden beizutragen, herumstehen, wieder Anlass zu weiteren Unglücksfällen sein kann. Ist im angezogenen Falle sogar kein für den Transport bestimmtes Geräth in absehbarer Zeit zu erreichen, so wird natürlich das einfachste Verfahren, den Patienten durch Menschen allein fortzutragen, angewendet werden müssen, oder es sind Improvisationen von anderen gerade zur Hand befindlichen Gegenständen, wie Stühlen, Brettern vorzunehmen. Solche werden da in Frage kommen, wo nichts anderes im Augenblicke zur Verfügung steht oder nur schwer oder mit grosser Aufwendung von Zeit zu beschaffen ist. Ist daher die Erkrankung keine ernste, so kann der Kranke z. B. in einer Fabrik so lange liegen bleiben, bis Transportmittel zur Stelle geschafft sind, was in der Grossstadt ja gewöhnlich leichter möglich ist als auf dem Lande.

Ich wollte mit den genannten Beispielen zeigen, dass auch an einem Orte, wo das Krankentransportwesen gut eingerichtet ist, sich Verhältnisse einstellen können, welche andere Anordnungen als die gewöhnlich dort für dasselbe geltenden erforderlich machen.

Wiederum ganz anders sind die Vorkehrungen dort zu treffen, wo eigentlich zu allen Zeiten für die betreffenden Dinge nicht viel gethan worden ist oder aus natürlichen Gründen nicht gethan werden kann, z. B. im Gebirge, wo bei der Nothwendigkeit eines schleunigen Transportes aus Baumstämmen, Moos, Aesten, Jacken, Gebirgsstöcken Tragbahren herzustellen sind, wenn, wie dies ja häufig der Fall sein wird. Unterkunftshütten nicht zu erreichen sind, in welchen auch Krankentragen bereit stehen.

Beim Transport in und auf Bergen zeigt sich auch, dass der zurückzulegende Weg von Wichtigkeit für die Krankenbeförderung werden kann. Für diese Zwecke sind bestimmte Arten von Tragen hergestellt worden, welche zum Theil von grosser Vollendung sind.

Bei unaufschiebbaren Transporten, wo von der Schnelligkeit der Beförderung das Leben des Kranken abhängt, z. B. bei einer wegen Diphtherie erforderlichen Tracheotomie, wird man sogar, wenn in der Nacht nichts anderes schnell zu erreichen, ein öffentliches Fuhrwerk benutzen, (was jetzt wohl in den Städten überall verboten) und dann die Desinfection des Fuhrwerks veranlassen. Natürlich wird man zu einem solchen Schritt sich nur bei dringender Lebensgefahr des Kranken entschliessen, da die Desinfection der gewöhnlichen Droschken in den Grossstädten, welche nach solchen Transporten vorgeschrieben ist, eine sehr schwierige sein dürfte.

Es ergiebt sich bereits aus diesen Beispielen, welche sich unschwer erheblich vermehren lassen, dass zahlreiche Verschiedenheiten in Bezug auf die Anforderungen bestehen, welche jeder Einzelfall beim Transport erheischt. Dieselben werden bei der Schilderung der einzelnen Transportarten noch weiter darzulegen sein. An dieser Stelle ist zu erwähnen, dass sowohl für den Arzt als das bei einem Kranken vorhandene Pflegepersonal — sei es dass derselbe sich in einer Privatwohnung oder in einem Krankenhause befindet — als auch für die sonstige Umgebung des Patienten zahlreiche Vorsichtsmassregeln zu beachten sind, welche im Einzelfalle für die Genesung des Kranken oder die Gesundheit der Umgebung, oder für Beides von entscheidender Bedeutung werden können.

Der Arzt ist vor allen Anderen berufen, falls er nicht selbst den Kranken, wie dies nicht allzu selten geschieht, begleitet, alle für den Transport des Kranken nothwendigen Anordnungen anzusagen. Die Thätigkeit des Arztes in Bezug auf die Beförderung eines Kranken ist nicht erschöpft, wenn er in einem Falle, wo eine Wegschaffung eines Kranken von der Stelle, wo er ihn gerade vorfand, oder aus einer Behausung, wo er den Patienten behandelte, anordnet, dass der Kranke nach Hause oder in ein Hospital befördert werden soll. Der Arzt hat, wie bei allen Verordnungen, welche er in Bezug auf die Diät oder sonstige Verhältnisse der Krankenpflege bestimmt, wie bereits oben erwähnt, ganz genau anzugeben, in welcher Weise der Transport auszuführen ist, welche Transportmittel im gegebenen Falle zu gebrauchen, welche Wege zu wählen, welche Gegenstände für denselben mitzuführen sind. Es ist nicht zu bezweifeln, dass ein Arzt, welcher die Ueberführung eines Kranken in ein Krankenhaus bestimmt, auch mit für den Transport verantwortlich ist. Er hat alle Vorsichtsmaassregeln anzugeben und ferner zu bestimmen, ob eine Desinfection der Transportmittel zu erfolgen hat, kurz er hat in erster Reihe alles, was für einen Krankentransport gegebenen Falls in Frage kommen kann, anzusagen. Der Arzt, welcher sich mit der einfachen Verordnung, dass ein Kranker in ein Krankenhaus gebracht werden soll, begnügt, begeht denselben Fehler, wie ein Arzt, welcher anordnet, dass ein Kranker mit Verdauungsstörung eine „leichtverdauliche Diät geniessen und alle schwerverdaulichen“ Speisen vermeiden soll, und die Beurtheilung über diese dem Kranken oder seiner Umgebung überlässt. Der Arzt hat jetzt die Verpflichtung, dem Kranken oder vielmehr seiner Umgebung in einem solchen Falle genau zu verordnen, welche Speisen und Getränke er zu vermeiden hat, und in welcher Weise die erlaubten herzustellen sind, da bei den Laien das Urtheil über diese Verhältnisse gewöhnlich ein sehr schwankendes und unrichtiges ist.

In ganz ähnlicher Weise verhält es sich auch mit der Beförderung eines Kranken, welche nicht nur für den Arzt, sondern auch für den bei dem Kranken beschäftigten Pfleger ganz bestimmte Thätigkeit bedingt. Ich habe letztere in einem Vortrage vor Krankenpflegern in Berlin erst im vorigen Jahre auseinanderzusetzen Gelegenheit gehabt.

Der Pfleger soll alle vom Arzte gegebenen Anordnungen genau befolgen, er soll dem Kranken in allen Bewegungen beim Transport behülflich sein, genau sein Verhalten unterwegs beobachten, vorausgesetzt dass er — was beim Transport eines Schwerkranken stets geschehen sollte — denselben begleitet, um dem Patienten wenn erforderlich beizustehen. Ferner hat der Pfleger den Kranken mitzutragen und dem übrigen Trägerpersonal, welches nicht immer auf der Höhe einer sachgemässen Ausbildung steht, mitzutheilen, welche besonderen Maassnahmen nach Angabe des Arztes bei dem betreffenden Patienten erforderlich sind. Sind solche gar nicht vom Arzte ertheilt worden, in Anbetracht vielleicht, dass der Arzt einen sachgemäss ausgebildeten Pfleger beim Kranken weiss, oder auch aus dem oben erwähnten Grunde, dass ein Theil von Aerzten dergleichen Anordnungen überhaupt für nicht nothwendig erachtet, so hat dann der Pfleger für die Ausführung derjenigen Massnahmen zu sorgen, welche im Interesse des Zustandes des Kranken geboten sind.

Eine sehr wichtige Aufgabe hat ferner der Pfleger in Bezug auf die Beförderung des Kranken in ein Krankenhaus zu erfüllen. Es ist die Abneigung mancher Menschen gegen die Ueberführung in ein Krankenhaus bekannt. Hat nun der Arzt den Patienten mit Zuhülfenahme seiner ganzen Ueberredungskunst von der Nothwendigkeit einer Behandlung im Krankenhause überzeugt, so geschieht es dennoch zuweilen, dass, wenn der Arzt sich entfernt hat, der Patient in seinem Entschlusse wieder wankend oder durch kluge Menschen seiner Umgebung in seinem Widerstande ein Krankenhaus aufzusuchen bestärkt wird. Hier hat der Pfleger seinen ganzen Einfluss aufzubieten und die Uebertretung der Anordnungen des abwesenden Arztes nicht zu dulden, und besonders ist das erforderlich, wenn die Ueberführung in besonderem Krankenwagen zu geschehen hat, was jetzt in den meisten Städten für ansteckende Kranke als Bestimmung gilt. Die Scheu des Publikums gegen diese ist eine ganz gewaltige, und in manchen Fällen auch keine ganz unberechtigte, da die Beförderungsmittel nicht immer den an sie zu stellenden Anforderungen genügen. Es ist nicht ganz selten, dass die Kranken sich bestimmt weigern sich in einem Krankenwagen fortschaffen zu lassen. Wenn dann der Pfleger in sanfter aber überzeugender Weise nochmals auf die Nothwendigkeit einer solchen Beförderung hinweist und auch seine Mitfahrt bei derselben in sichere Aussicht stellt, so wird ein Kranker sich leichter entschliessen, den Weg in dem Wagen anzutreten. Niemals darf aber ein Pfleger gestatten, dass ein Kranker dem Verbote des Arztes zuwider in anderer als von diesem vorgeschriebener Weise, z. B. in einem gewöhnlichen Fuhrwerk, sich in ein Krankenhaus begiebt. Die grosse Gefahr, in welche andere Menschen, welche nachher ein solches Gefährt benutzen, gebracht werden, sollte Jedermann im Interesse seiner Mitmenschen von einem solchen Schritte abhalten. Dass thatsächlich Uebertragungen von ansteckenden Erkrankungen durch Benutzung von gewöhnlichen dem allgemeinen Verkehr dienenen Wagen geschehen können, lehrt ein von Rousselet im Progrès médical veröffentlichter Fall. Ein Vater fuhr mit seinen

drei Kindern in einer Droschke, in welcher eins der Kinder einen Zettel fand und mitnahm. Derselbe stellte sich als ein Aufnahmeschein eines Kindes mit Diphtherie in ein Krankenhaus dar. Drei Tage nach jener Fahrt starb das eine und kurze Zeit später ein zweites der Kinder an Diphtherie. Dass jene Fahrt die Ursache der Erkrankung der Kinder gewesen, ist sehr wahrscheinlich, und es mahnen solche Vorkommnisse zur Vorsicht und zur strengen Befolgung der Verordnungen, welche für den Krankentransport von den Behörden erlassen werden.

Auch die Umgebung des Kranken hat bestimmte Aufgaben bei dessen Beförderung zu erfüllen. Es kommt hierfür nur die nähere Umgebung des Kranken in Betracht, da die entferntere natürlich nicht direct eingreifen kann, sondern nur aus dem Grunde zu beachten ist, als sie vor Uebertragung der ansteckenden Krankeiten zu schützen ist. Die Umgebung eines Kranken hat in jeder Weise die Anordnungen des Arztes für den Transport zu beachten, sie hat für Bereitstellung von mitzunehmenden Geräthschaften zu sorgen und dabei, falls eine ansteckende Krankheit beim Patienten vorliegt, sich nicht weiter als erforderlich mit demselben zu befassen. Auch die Umgebung des Kranken muss bei ansteckender Krankheit für Desinfection ihrer Bekleidung sorgen, baden und besonders die Ausführung der erforderlichen vom Arzte angeordneten Wohnungsdesinfection beachten. Das Krankenzimmer soll bis nach derselben geschlossen bleiben, und besonders Kinder nicht in die Nähe des Zimmers kommen und es nicht betreten.

Nach diesen Vorbemerkungen sind die allgemeinen Maassnahmen für die Ausführung von Krankentransporten in Bezug auf die Person des Kranken nicht schwer darzulegen, da sie zum grossen Theil sich aus den bisherigen Schilderungen ergeben.

Vor Ausführung eines Krankentransportes ist festzustellen, ob es sich um einen Verletzten oder einen mit innerlicher Krankheit behafteten Menschen handelt, und ob letztere eine ansteckende ist. Bereits oben wurden die innerlichen Krankheiten genannt, welche besondere Aufmerksamkeit beim Transport beanspruchen. Von diesen soll die Blinddarmentzündung besonders genannt werden. Die diese verursachenden Dinge brechen nicht selten unterwegs durch die Erschütterungen des Kranken beim Transport durch, sodass der Patient dann in bedrohlichem Zustande am Bestimmungsorte anlangt. In gleichem Maasse sind Kranke mit einzelnen Verletzungen gefährdet und in sorgsamer Weise zu behandeln. Man berücksichtige das Beförderungsmittel, ob nur eine Trage zur Verfügung, ob ausserdem ein Wagen vorhanden, welcher dieselbe aufnimmt, ob keins von eigentlichen Krankentransportmitteln da ist, oder nur z. B. auf dem Lande oder in einer kleinen Stadt ein Land- oder Leiterwagen sich vorfindet. Ferner ist der zurückzulegende Weg zu beachten, ob derselbe bergig, ob als Wasserstrasse sich darstellt, ob der Kranke über winklige Treppen, durch enge Strassen oder aus einem Bergwerk gebracht werden muss.

In allen diesen Fällen ist, wie wir noch bei der Sonderschilderung sehen werden, das Verfahren für die Wegschaffung ein anderes. Ist gar

kein eigentliches für den Transport bestimmtes Geräth bereit, so ist ein solches zu improvisiren, oder der Patient durch Menschen zu tragen, was bei nicht grossen Entfernungen auch nicht allzuschwer auszuführen ist. Sind zwei Träger vorhanden, so sollen dieselben, wenn möglich gleiche Grösse haben. Sie haben den Kranken richtig zu halten und zu lagern, besonders dann, wenn der Transport von Personen allein ohne Zuhülfenahme von anderen Geräthschaften ausgeführt wird, aber auch in Fällen, wo Tragen und Wagen zur Verfügung stehen. Gewöhnlich muss der Kranke aus irgend einer Lage, in welcher er sich gerade befindet, in eine andere versetzt werden. Die hierfür nöthigen Handgriffe sind genau auszuführen und werden z. B. beim Heere, welches über ein musterhaft eingerichtetes Krankentransportwesen verfügt, nach bestimmtem Befehl ausgeführt. Es soll stets ein Begleiter so bei dem Patienten gehen oder sich aufhalten, dass er das Verhalten des Kranken während des Transports beobachten kann, was bei Schwerkranken und gefährlich Verletzten — Achtung auf Blutung — Regel sein sollte. Ist nur ein Begleiter oder Träger für den Transport verfügbar, so hat dieser genannte Vorschrift genau zu befolgen und hiernach die Beförderung einzurichten. Für länger dauernde Transporte empfiehlt sich das Tragen durch Menschenhände nicht, wenngleich es noch jetzt von Einzelnen für vom Schlage Betroffene angezeigt gehalten wird. Die durch die Tritte der Träger entstehenden Schwankungen sind für den Kranken sehr unangenehm, ferner können Träger einen Kranken nicht auf sehr lange Entfernungen tragen, weil sie ermüden, sodass trotz vorhandener Ersatzmannschaften sich Unzuträglichkeiten ergeben. Es muss bei jedem Wechsel der Träger der auf der Trage liegende Kranke abgesetzt werden. Ist eine solche gar nicht vorhanden, so müssen beim Mannschaftswechsel so viel Handgriffe mit dem Kranken vorgenommen werden, dass dieser recht unangenehme Folgen davon hat.

Verletzte Körpertheile sind sehr sorgfältig beim Transport eines Kranken zu behandeln. Besonders sind gebrochene Knochen vorher festzustellen, beim Anfassen und Erheben des Patienten sorgsam zu unterstützen und zu lagern. War ein Arzt anwesend, so hatte dieser für erforderlichen Verband gesorgt. Im anderen Falle haben die Träger, falls sie als Pfleger oder freiwillige Nothhelfer ausgebildet sind, nach den ihnen bekannten Regeln zu verfahren. Wenn irgend möglich sollen verletzte Glieder beim Tragen durch andere Personen unterstützt werden, als durch diejenigen, welche den Kranken direct tragen. In zweckentsprechender Weise sind Blutungen zu behandeln. Bei allen Blutungen, besonders aus inneren Organen, sind Erschütterungen noch sorgsamer als sonst zu verhüten, daher in solchen Fällen besonders gute Wege für die Beförderung auszuwählen. Die Träger haben im Gebirgsschritt zu gehen, d. h. mit dem ungleichnamigen Fusse anzutreten. Wenn nämlich beide mit dem gleichnamigen antreten, so wird der Kranke auch bei grösster Vorsicht doch nach der betreffenden Seite, wo der Tritt erfolgt, hinübergeneigt, um dann beim nächsten Tritt auf die andere Seite hinüberzu-

schwanken. Treten dagegen die Träger mit ungleichnamigem Fusse an, so werden diese Schwankungen sehr viel ausgeglichen.

Auch die Kleidung eines Kranken bei seiner Beförderung ist zu beachten. Wenn Jemand plötzlich in einer Fabrik oder auf der Strasse erkrankt oder verunglückt, so wird man ihn natürlich in derjenigen Kleidung, welche er gerade an seinem Körper hat, so schnell als möglich aus seiner Umgebung zur weiteren Versorgung, wo diese auch stattfindet, herausschaffen. Die Bekleidung eines Kranken, welcher sitzend zu befördern ist, ist bequem und den Witterungsverhältnissen entsprechend einzurichten. Grössere Vorbereitungen sind für diesen Fall wohl kaum erforderlich, desgleichen nicht, wenn der Kranke zu Fuss, ohne oder mit Begleitung, geführt oder gestützt, sich weiterbegeben kann. Ganz anders aber ist die Kleidung zu gestalten, wenn der Kranke aus einer Behausung, wo er auch bereits das Bett gehütet, in eine andere Wohnung oder — der wohl häufigste Fall — in ein Krankenhaus befördert werden soll. Der Kranke, welcher liegend transportirt werden muss, ist am besten nur mit einem Hemde bekleidet. Höchstens ist bei Männern ein Unterbeinkleid und bei Frauen ein Unterrock zu gestatten. Auf dem Lande, wo der Transport häufig in einem mit Stroh gepolsterten Feldwagen stattfinden muss, kann man wohl auch erlauben, dass der Patient sich vorher noch etwas mehr anzieht, wenn nicht genügend Decken zur Erwärmung des Kranken vorhanden sind. Der Kranke soll also so wenig als möglich bekleidet sein und durch warme Decken gehörig eingehüllt werden, denn besonders bei Schwerkranken und auch bei Verletzten ist das Anziehen mit grosser Schwierigkeit verbunden. Wird der Patient zuerst in seiner Wohnung angezogen, und dann im Krankenhause wieder ausgezogen, so entsteht für ihn eine doppelte Unannehmlichkeit. Ausserdem ist es auch immer besser, dass die Kleider eines Kranken, besonders eines solchen mit einer ansteckenden Krankheit möglichst nicht mit in das Krankenshaus gebracht, sondern in der Behausung des Kranken mit seinen übrigen Gebrauchsgegenständen der Desinfection unterworfen werden. Allerdings können die etwa mitgebrachten Kleidungsstücke eines Kranken sogleich im Spitale desinficirt werden. In einigen Städten Deutschlands scheint man aber gegen die im Krankenhause auszuführenden Desinfectionen viele Bedenken zu haben. Bei der häufigsten Art der Krankenbeförderung in einer Grossstadt, wo ein Kranker auf einer Trage liegend in einem Krankenwagen nach dem Krankenhause gefahren wird, ist es auch im Interesse der Nachfolger eines jeden Kranken im Wagen, dass der Kranke nur mit Stoffen bekleidet ist, welche leicht gereinigt werden können, und an welchen nicht so viel Unreinlichkeiten haften als an den Stoffen der Oberkleidung.

Es ist daher aus Gründen der Kranken- und Gesundheitspflege gerathen, dem in ein Krankenhaus zu befördernden Kranken möglichst wenig Kleidungsstücke am Körper zu lassen.

Wie schon oben bemerkt, ist für ausreichende Bedeckung des

Kranken durch wollene Decken bei jeder Art des Transportes, mag derselbe durch Menschen allein oder auf einer Trage oder im Wagen geschehen, zu sorgen. Bei rauhem Wetter müssen auch noch einige Decken im Vorrath mitgenommen werden für den Fall, dass der Patient unterwegs zu frieren beginnt. Sind derartige Bedeckungen nicht gerade zur Hand, so ist für andere Arten solcher zu sorgen.

Die Haltung und Lagerung eines Kranken ist so einzurichten, dass bei Verletzten die Entstehung weiterer Brüche, Blutungen ausgeschlossen ist. Patienten, welche gehend oder sitzend befördernd werden können oder auch aus Mangel an erforderlichen Geräthschaften u. s. w. müssen, sind nach der Art des Unfalles oder der Erkrankung unterwegs zu halten oder zu unterstützen. Man beachte stets, dass beim Tragen eines Kranken dessen Kopf am höchsten steht. Es wird daher auf einer Treppe beim Hinabsteigen der Kopf des Kranken sich beim hinteren Träger, beim Heraufsteigen aber beim vorderen Träger zu befinden haben. Eine Ausnahme hiervon findet bei Kranken mit Oberschenkelbrüchen statt, bei welchen bei dieser Anordnung das gesammte Körpergewicht beide Bruchenden gegeneinanderdrücken und auch Durchbruch derselben durch die bis dahin unverletzte Haut bewirken würde. Damit besonders auf Treppen oder bei sonst im Längsdurchmesser schräger Haltung des Transportmittels der Kranke nicht zusammenrutscht, ist ein Rollkissen am Fussende der Trage erforderlich. Auch zusammengefaltete Decken und andere Dinge sind hierfür zu verwenden. An den Seiten ist der Kranke gleichfalls genügend vor etwaigem Herausfallen zu schützen.

Die Lagerung des Kranken ist auch bei anderen Affectionen, welche oben erwähnt wurden, von Belang. Die verschiedenen Anordnungen richten sich nach der Art des Einzelfalles, bei Blutungen, Eiterungen von verschiedenen Organen u. s. w., deren Weiterverbreitung oder Durchbruch beim Transport durch unzweckmässige Lagerung gefördert werden kann. Im Allgemeinen ist zu beachten, dass die Träger gewöhnlich auf der gesunden Seite des Patienten an diesen herantreten, falls derselbe ein auf eine Seite beschränktes Leiden hat. Man wähle bei jedem Transport möglichst staubfreie, schattige Wege, sorge für Mitnahme von Erfrischungen unterwegs, was bei länger dauernden Transporten auch auf der Eisenbahn von Wichtigkeit ist. Bei Verletzten ist für Bereithaltung von Verbandmitteln Sorge zu tragen, um einen erforderlichen Nothverband anlegen zu können. Morphium, Aether, Wein, Cognac, Sect, etwas Imbiss, Eis, Eisbeutel, Wärmflasche, sollen bei Transporten von längerer Dauer nicht fehlen. Bei jedem Transport von Schwerkranken müssen Begleiter vorhanden sein, von welchen mindestens einer im Wagen selbst Platz zu nehmen hat. Andere besondere Erfordernisse werden bei Darlegung der einzelnen Beförderungsarten noch zu beschreiben sein. Während die Tranportmittel sich auf dem Hinwege zum Kranken oder zur Unfallsstelle so schnell als möglich zu bewegen haben, soll der Weg mit dem Kranken langsam zurückgelegt werden, im Krankenwagen im langsamen Trab, wenn nicht besondere Verhältnisse — zur

Vornahme lebenswichtiger Eingriffe bei Diphtherie oder bei geburtshülflichen Fällen — eine beschleunigte Beförderung zu weiterer ärztlicher Hülfe erfordern. Die Pferde bespannter Wagen sollen bei Dunkelheit am Zügel geführt werden.

Die Beförderung von Frauen mit Blutungen oder Schwangeren muss in sehr schonender Weise geschehen. Gerade ausgestreckte Haltung und Verhütung aller Erschütterungen sind hier unendlich wichtig. Mit dem Transport von Schwangeren soll nicht bis unmittelbar vor der Entbindung gewartet werden, wenn nicht durch diese selbst eine schleunige Beförderung der Patientin, z. B. in eine Anstalt bedingt wird, wenn also bei der Entbindung Zufälle eintreten, die unter den vorhandenen häuslichen Verhältnissen die Beendigung der Geburt unmöglich machen. Bekannt sind in grösseren Städten „Droschkengeburten", wo die Entbindung von selbst in einer Droschke auf der Fahrt ins Krankenhaus oder nach dem eigenen Hause erfolgt. Meistens ist das lange Aufschieben des Transportes der Patientin die Ursache dieses Vorganges, welcher nicht immer günstig für Mutter und Kind abläuft. Andere Gründe für eine während einer Fahrt auftretende Geburt — welche auch im Eisenbahnabtheil und anderen Beförderungsmitteln schon vorgekommen ist — bestehen darin, dass Frauen über den Termin ihrer Niederkunft sich im Unklaren befinden und von Wehen unterwegs überrascht werden. In anderen Fällen trifft dies allerdings nicht zu, sondern die Frauen kennen die Zeit ihrer Entbindung, sind aber noch so lange fern von ihrem Hause, bis plötzlich die ersten Wehen sich einstellen, und dann unterwegs die Geburt eintritt.

Kranke Kinder im zarten Alter können auf dem Schoosse gehalten werden. Aeltere Kinder sind wie Erwachsene zu befördern. Liegen ansteckende Krankheiten vor, so ist in Bezug auf Auswahl des Beförderungsmittels genau zu verfahren, als wenn ein Erwachsener zu transportiren ist. Die Beförderung kranker Kinder im Krankenwagen in den Städten wird noch später besprochen werden.

Wichtig ist ferner die Beförderung von Geisteskranken, für welche früher in Wien und Budapest fahrbare Gummizellen benutzt wurden. In beiden Städten werden sie aber nicht mehr angewendet und zwar mit Recht, denn alles Auffallende muss gerade für die Beförderung dieser Patienten — man denke an Deliranten — vermieden werden, wie ich bereits schon lange hervorgehoben. In Hamburg werden gewöhnliche Kaleschen, in welchen man jetzt einen Ueberzug aus Englischem Leder hergestellt hat, hierfür mit gutem Erfolg gebraucht. Man benutze Wagen mit ganz unauffälligem Aeusseren, in welchen natürlich stets ausreichende Begleitung vorhanden sein muss, um Gewaltthätigkeiten des Patienten zu verhindern. In Berlin werden auf Erfordern zur Abholung von Kranken in die Städtischen Anstalten für Gemüthskranke besondere Wagen mit Begleitern gesendet.

## B. Besondere Maassnahmen für Krankentransporte.

### I. Für Krankentransport zu Lande.

### Die Ausführung und Einrichtung der einzelnen Arten des Krankentransportes.

Die für die Beförderung Kranker zu Lande beschriebenen Vorkehrungen und Transportgeräthschaften werden theilweise auch für die Krankenbeförderung zu Wasser, im Gebirge, in Bergwerken benutzt und daher bei der Besprechung dort nicht mehr geschildert.

#### 1. Fortbewegung ohne Zuhülfenahme von Geräthschaften.

#### a) Durch eigene Kraft des Patienten

In zahlreichen Fällen kann ein Kranker ohne weitere Hülfe anderer Personen sich von seinem Aufenthaltsorte oder vom Orte seiner Erkrankung zu Fuss fortbewegen, sei es dass er bereits an diesem eine Versorgung erfahren, oder dass er eine solche erst aufzusuchen hat. Es ist dies bei leichteren Erkrankungen der Fall, ferner bei nicht schweren Verletzungen besonders an den oberen Gliedmaassen, welche die eigene Fortbewegung des Patienten nicht behindern. Vielfach aber ist bei diesen letzteren durch den Schreck und die allgemeine Erschütterung des gesammten Nervensystems es dem Patienten unmöglich, seinen Weg allein zu nehmen. Diese Verhältnisse sind daher sorgsam vorher zu erwägen, damit nicht ein solcher Kranker unterwegs plötzlich das Bewusstsein verliert und nicht weiter kommt, sondern auf dem Wege liegen bleibt, wie dies nicht allzuselten vorkommt, besonders wenn der Kranke ohne den Rath von Sachverständigen den Weg unternimmt.

Arzt, Pflegepersonal und Umgebung haben vor Ausführung eines jeden Krankentransportes daher alles zu überlegen, was in jedem Falle mitzunehmen und anzuordnen ist, da es unterwegs häufig nicht möglich ist Fehlendes für den Kranken zu beschaffen.

Ein Verletzter kann auch allein gehen, nachdem er vorher von anderen Personen beim Aufstehen von einem Stuhl oder Erheben von der Erde unterstützt ist. In manchen Fällen kann der Patient sich bei leichten Erkrankungen seiner unteren Gliedmaassen überhaupt allein fortbewegen oder er benutzt zu diesem Behufe als Stütze einen Stock oder dergleichen. Auch chronische Kranke, Tabiker, Phthisiker, Krebskranke bedürfen zu ihrer Beförderung häufig, wenn ihr Leiden noch nicht weit vorgeschritten, keiner fremden Hülfe.

Ist eine der unteren Gliedmaassen erkrankt, so wird ein Stock oder auch eine Krücke gewöhnlich auf der gesunden Seite getragen. Bei Mangel eines Beines oder eines Theiles desselben, trägt das Individuum die Krücke als Ersatz auf der Seite des fehlenden Körpertheiles.

An beiden Beinen Gelähmte benutzen zwei Krücken, ferner auch Kranke, welche aus anderen Gründen ihre Beine nicht selbstständig zu benutzen im Stande sind. Auch die Stelzfüsse sind hier zur Beförderung von — geheilten — Verletzten zu erwähnen. Allerdings sind dabei — einfache — Geräthschaften zur Beförderung des Kranken in Benutzung, aber der Patient setzt dieselben in Bewegung. Die vom Kranken zur eigenen Fortbewegung gebrauchten stuhlartigen Geräthe werden später bei Besprechung dieser Erwähnung finden.

b) Beförderung von Kranken durch andere Menschen.

Sie hat bei allen Kranken einzutreten, welche nicht fähig sind, ihren Weg durch ihre eigene Kraft zu nehmen. Es kann, wenn nicht mehr Personen zur Verfügung stehen, ein Individuum auch einen schwerer Erkrankten wegschaffen. In anderen Fällen ist aber nur eine Person zu diesem Zwecke erforderlich. Eine Person kann einen Kranken stützen, führen oder tragen. Die Stützung erfolgt in der Weise, dass der Kranke seinen Arm in den seines Begleiters einhängt und sich gegen ihn anlehnt, oder der Führer umfasst den Kranken, wenn möglich auf der gesunden Seite und legt seine Hand in die abgewendete Achsel des Kranken. Der Patient umfasst dann den Hals des Führers mit dem diesem zugewandten Arm, während dieser die andere herabhängende Hand des Kranken erfasst und mit seiner Hüfte die Hüfte des Kranken unterstützt. Der so unterstützte Kranke wird dann geführt. In dieser Weise kann ein Träger einen liegenden Kranken vom Boden aufheben. Die Führung geschieht auch so, dass der Kranke einen Arm in den des Trägers einhängt und sich gleichzeitig auf dessen Arm stützt, oder die Hände auf die Schultern des vor ihm gehenden Begleiters auflegt, oder sich durch Unterstützung des hinter ihm gehenden Begleiters in beiden Achseln fortbewegt.

Das Aufheben eines Kranken von einer Stelle, also vom Boden oder vom Bett, erfolgt noch in anderer Weise. Der Träger tritt an den liegenden Patienten möglichst von der gesunden Seite heran, legt eine Hand um den Rücken des Kranken in dessen gleichnamige Achselhöhle, worauf der Patient den Hals des Trägers umschlingt, und schiebt die andere Hand unter das Becken oder die Kniee des Kranken. Indem sich nun der Pfleger langsam zur aufrechten Stellung erhebt, erhebt er auch gleichzeitig den Kranken vom Bett. Lag der Kranke auf dem Erdboden, so musste der Träger, bevor er den Patienten anfasste, sich vorher auf ein Knie niederlassen, und hat sich dann mit dem Kranken langsam emporzuheben. Es ist am besten, sich, wenn man von rechts an einen Kranken herantritt, auf das rechte Knie und umgekehrt niederzulassen, da man sonst seinem eigenen Körper eine zu grosse Drehung geben muss, um in die Achselhöhle des Kranken zu gelangen. Bei der Drehung kann man nur unbequem den Kranken halten und wird auch dem Kranken Unbequemlichkeit bereiten. Es gilt hier wie in der gsammten Krankenbehandlung und -pflege, dass, je bequemer es der Arzt oder

Pfleger bei Handhabungen mit dem Kranken hat, desto besser dies für den Kranken selbst ist, und dass, wenn man leicht mit dem Kranken alles Erforderliche beginnen kann, dieser auch Nutzen davon hat.

Hat der Träger den Kranken in der dargelegten Weise emporgehoben, so stützt er ihn mit seiner Brust und kann dann auf kurze Entfernung den Patienten tragen. Es ist erstaunlich, wie auf die eben beschriebene Weise selbst schwächliche Menschen erheblich schwerere aufheben können. Nur ist hierzu Uebung erforderlich.

Auch noch in anderer Weise kann ein Mensch von einem anderen getragen werden. Der Träger tritt dem Kranken von vorn gegenüber, umschlingt ihn, während der Patient den Hals des Wärters umfasst, und hebt dann den Kranken auf. Meistens wird diese nicht gerade bequeme Art nur für Kranke, welche stehen, zur Anwendung gelangen. Sie ist aber für den Kranken, da sie für den Träger nicht bequem, nicht sehr empfehlenswerth. Kann ein Kranker auf dem Rücken des Trägers — huckepack — getragen werden, was nur bei solchen Kranken geschehen soll, welche keiner besonderen Ueberwachung bedürfen, so umfasst der Kranke den Hals des Trägers von hinten, während dieser seitwärts nach hinten in die Kniekehlen des Patienten fasst und dann dessen Beine vom Erdboben erhebt.

Stehen zwei Personen zur Beförderung eines Kranken zur Verfügung, so ist der Transport erheblich bequemer einzurichten. Stets ist, wenn mehr als eine Person hierfür vorhanden, von einer derselben der Befehl zu übernehmen, damit alle Bewegungen gleichmässig und zielbewusst ausgeführt werden. Gewöhnlich wird der älteste oder derjenige, welcher bereits Erfahrung besitzt, befehlen. In möchte an dieser Stelle hervorheben, dass es dringend erforderlich ist, dass der Krankentransdienst stets in allen Cursen über Krankenpflege und Erste Hülfe wegen der Wichtigkeit seiner Handhabung genau eingeübt wird, wie dies auch beim Heere bei den Unterweisungen der Sanitätssoldaten und Krankenträger der Compagnien, und auch bei den freiwilligen Helfern, den Mitgliedern der Sanitätskolonnen vom Rothen Kreuz und der freiwilligen Krankenpflege geschieht. Theoretische Vorträge über ein so wichtiges praktisches Gebiet können nicht ausreichen. Die hohe Bedeutung des Krankentransportes für die freiwilligen Helfer wird auch von einem der berufensten Vertreter des Faches, v. Esmarch, dadurch anerkannt, dass er eine ganze Vorlesung seines auf nur sechs Vorträge eingerichteten Unterrichtes auf den Krankentransport verwendet.

Der Krankentransport durch Menschenhände, besonders durch zwei Träger, ist ein relativ häufiger, da bei Unglücksfällen und auch unter anderen Verhältnissen nicht immer sogleich Tragbahren oder Krankenwagen zur Verfügung stehen oder, wie auf engen Treppen, immer zu gebrauchen sind.

Es kann die Beförderung in analoger Weise geschehen, wie beim beschriebenen Transport durch eine Person, wobei die beiden Träger sich gegenüber stehen, dann aber bei der Fortbewegung seitwärts schreiten

müssen, was natürlich nicht bequem und für den Kranken unangenehm ist.

Zwei Personen können einen Kranken durch Führung oder Tragen fortschaffen. Dieselben führen den Patienten, indem derselbe seine Arme in die Arme der neben ihm hergehenden Träger legt oder deren Hals mit seinen Armen umfasst. Getragen wird ein Kranker von zwei Personen, indem dieselben sich zu beiden Seiten oder vorn und hinten vom Kranken befinden. Es ist hierfür die Art und Schwere der Erkrankung des zu Befördernden Ausschlag gebend. Ein Träger wird ja auch nur bei leichteren Verletzungen oder Erkrankungen eines Menschen oder bei ganz kurzen zurückzulegenden Entfernungen genügen. Liegt eine bedeutendere Störung vor, so wird der Helfer, wenn er sich allein befindet, unter Umständen zwar auch den Transport übernehmen müssen, sich aber doch vorher, wenn möglich, eine weitere Hülfe zu verschaffen suchen.

Ein anderes Verfahren der Fortbewegung eines Kranken durch zwei Menschen ist, dass die Träger sich ihre rechte nnd linke Hand in Schulterhöhe reichen, der Kranke sich gegen die so gebildete Lehne anstützt, während die beiden freigebliebenen Hände der Träger sich gegenseitig unter den Knien des Kranken erfassen und diesen hochheben. So wird eine Art Sessel gebildet, in welchem der Patient sitzen kann. In etwas abgeänderter Weise kann auch ein Kranker von seiner Unterlage erhoben werden. Jeder Träger tritt auf eine Seite des Bettes, oder es lässt sich je ein Träger, falls der Kranke auf der Erde liegt, auf jeder Seite des Kranken nieder, wobei der eine sich auf sein linkes der andere auf das rechte Knie niederlässt. Beide Begleiter kreuzen ihre Hände unter dem Rücken und dem Gesäss oder Schenkeln des Kranken — je nach der Art der Erkrankung oder Verletzung — während dieser sich durch Umschlinguug des Nackens der Träger mit seinen Händen festhält. Oder die vier Hände der Träger werden, wenn der Kranke erhoben ist, durch gegenseitiges Erfassen an den Handgelenken zu einem Sitz verschränkt, auf welchen der Patient sich niederlässt, während er mit den Armen den Hals eines jeden Trägers umschlingt.

Auch zwei vorhandene Träger müssen sich genau vor Beginn der Beförderung überlegen, ob sie im Stande sind, die Beförderung allein auszuführen, besonders wenn der zurückzulegende Weg weit ist, oder ob sie nicht weiterer Personen zur Ablösung bedürfen, wie dies wohl meistens der Fall sein wird. Besonders wichtig ist auch für diese Transportart die Körperhaltung des Kranken. Ein Bewusstloser, welcher sich aus eigener Kraft nicht aufrecht zu halten vermag, bedarf besonderer Hülfe und mehr Unterstützung als ein Patient, welcher sich selbst aufrecht halten kann.

Das Niederlegen des Patienten auf ein Bett, auf eine Trage oder erforderlichen Falls auf den Erdboden geschieht so, dass die Träger bei einem sehr niedrigen Bett den Kranken über das Fussende des Bettes herüberheben, und jeder auf einer Seite des Bettes weiterschreiten kann. Im

anderen Falle, oder wenn Gründe gegen ein solches Verfahren sprechen, treten die Träger mit dem Kranken von einer Seite an das Bett, setzen den Kranken vorsichtig auf dieses nieder, lassen langsam die Hände von ihm los und heben dann den seitwärts auf dem Bettrande sitzenden Kranken in das Bett hinein. Muss der Kranke mit ausgestreckten Beinen in das Bett hineinbefördert werden, und sind hierfür nur die zwei Träger verfügbar, so erfasst der eine besser den Kranken, welcher z. B. auf einer Trage liegt, von hinten her mit beiden Händen unter den Achseln und belässt die Hände in den Achselhöhlen des Patienten, der zweite Träger erfasst die ausgestreckten Beine des Verletzten, wobei er dieselben an der etwa verletzten Stelle unterstützt, und beide Personen heben gleichzeitig den Kranken an und legen ihn auf das Bett oder auch auf den Operationstisch oder in besonderen Fällen, welche sich ganz nach der vorhandenen Gelegenheit richten, auf den Erdboden, wenn z. B. Jemand aus einem brennenden Hause entfernt werden muss, und ein anderes Unterkunftsmittel nicht vorhanden ist. Nicht rathsam ist besonders bei Bewusstlosen, deren Athmung behindert ist, dass der hintere Träger seine unter den Achseln fortgeführten Hände über der Brust des Patienten faltet, da hierdurch der Brustkorb des Kranken zusammengedrückt wird.

Müssen die Beine des Kranken nicht gestreckt gehalten werden, so erfasst der eine Träger den Patienten so, wie dargelegt, von hinten her, während der zweite zwischen den Beinen des Kranken — das Gesicht von diesem abgewendet — tritt und von hinten her die Kniekehlen des Patienten erfasst. Wenn sich nun beide Träger auf Befehl erheben, so wird der Kranke von seiner Unterlage miterhoben. Auf gleiche Weise kann der Verunglückte auch getragen werden.

Mit Hülfe von drei oder mehr Personen sind wie bereits kurz erwähnt, Personen mit bedeutenderen Verletzungen zu erheben oder zu befördern. Der eine Träger hat die Verletzung zu beachten oder das verletzte Glied zu unterstützen, oder er umfasst die unteren Gliedmaassen am Knie oder an den Knöcheln, während die beiden anderen in geschilderter Weise den Kranken anfassen und aufheben. Der weitere Transport und die Haltung des Kranken richtet sich nach der Art seiner Erkrankung und seines sonstigen Zustandes.

Das Absetzen des Kranken in ein Bett, auf einen Operationstisch oder auf eine Trage hat gleichfalls sanft und schonend zu erfolgen, und zwar werden die einzelnen Handgriffe in umgekehrter Weise von den Begleitern ausgeführt wie beim Erheben des Kranken. Auch beim Niederlegen hat ein Träger ein verletztes Glied zu halten und nach Absetzen des Patienten in passender Weise zu lagern.

Der Patient soll stets so getragen werden, dass ein — oder der — Träger ihn während des Transportes beobachten kann.

In ganz gleicher Weise hat auch das Umbetten, die Ueberführung eines Kranken von einem Bett in ein anderes, ferner die Beförderung in eine Badewanne und aus dieser heraus zu erfolgen.

## 2. Beförderung von Kranken mit Gerätschaften.

### a) Durch tragbare Transportmittel.

#### α) Von Menschen getragene Krankentransportmittel.

##### 1. Krankentragen.

Dieselben sind je nach dem Orte, an welchem sie zur Anwendung kommen. verschieden gestaltet. Man kann hiernach die Tragbahren im eigentlichen Sinne von den anderen Tragmitteln unterscheiden, welche nicht Improvisationen darstellen, sondern nach der Eigenthümlichkeit des Ortes, an welchem sie gebraucht werden, im Laufe der Zeit verschiedene ganz bestimmte Gestalt angenommen haben. Es soll hier nur an die auf Schiffen, im Gebirge oder in Bergwerken gebräuchlichen Tragmittel für Kranke erinnert werden.

##### Tragbahren.

Die Transportirung von Kranken vermittelst Tragbahren, die Lagerung des Kranken, das Aufheben, seine Haltung auf der Trage, seine Kleidung und Bedeckung findet nach denselben Grundsätzen statt, welche eben für die Beförderung eines Patienten durch zwei und mehr Menschen dargelegt wurde. Auch hier ist die Sicherheit und Bequemlichkeit des Kranken sowie die übrigen übrigen oben erwähnten allgemeinen Gesichtspunkte für die Beförderung stets zu berücksichtigen.

Der Kranke ist auf der Trage genügend festzulegen, damit er nicht etwa beim Transport herabfällt oder stark erschüttert wird. An vielen Tragen sind breitere Segeltuch- oder Lederstücke mit Riemen für diese Zwecke vorhanden, in anderen Fällen, z. B. bei den im Gebirge vorhandenen Kraxen, muss man sich in sonst geeigneter Weise zu helfen suchen. Die Riemen befestigen den Kranken entweder in der Gegend der Brust, oder es ist noch eine zweite gleiche Befestigungsart für den Kranken für die Gegend der Oberschenkel vorgesehen. Tragbahren in Bergwerken haben sackartige Umhüllungen für die Verunglückten. Ausser der eigentlichen Bedeckung des Patienten mit Decken ist besonders für Tragentransporte zu achten, dass durch über Gestelle gezogene Leinewand oder Segeltuch der Kranke gegen Witterungseinflüsse geschützt wird. An vielen Tragen sind solche Dächer fest angebracht, welche auch dazu wichtig sind, den Kranken den Blicken Neugieriger zu entziehen.

Besondere Traggurte nehmen die Träger über die Schultern und befestigen deren in Oesen verlaufende Enden an den Trageholmen, bevor sie die Trage vom Boden aufheben.

Selbstverständlich muss auch beim Transport mit Tragen für die Mitnahme von Erfrischungen und Verbandmitteln gesorgt worden. Für letztere ist an einzelnen Tragbahren eine Tasche unter dem Kopfgestell vorhanden — z. B. bei der Preussischen Militärtrage — welche auch an anderen Stellen anzubringen ist z. B. am Gestell, auf welches die Trage gesetzt

wird, um sie fahrbar zu machen. Ein Korb mit Verbandmitteln befindet sich am Gestell der Räderbahren, welche in London in besonderen Kästen auf den Strassen untergebracht sind.

Auf einer Trage kann ein Kranker auf einige Entfernung getragen getragen werden, welche grösser sein kann, als wenn Menschenhände allein zur Verfügung stehen. Auch das Tragen auf einer Bahre ist schonender, da die Erschütterungen, welche das Tragen auch bei grosser Aufmerksamkeit bedingt, der getragenen Person nicht so stark mitgetheilt werden, wenn der Kranke sich auf einer Bahre befindet. Ist der zurückzulegende Weg etwas gross, so werden ausser den beiden Trägern zwei Ersatzmänner mitgehen, welche die Träger nach einiger Zeit ablösen. Die Trage wird zu diesem Behufe auf den Boden gesetzt, da hierbei weniger Erschütterungen entstehen, als wenn die Träger sich abwechseln, indem sie jeder die Tragstangen der in der Luft befindlichen Bahre erfassen. Es ist möglichst Sorge zu tragen, dass die Träger zu je zwei gleiche Grösse haben. Dies ist wichtig, um den Körper des Erkrankten möglichst wagerecht zu halten, was ja wohl in den meisten Fällen erforderlich ist. Auch hierbei ist es stets besser die Trage bei der Ablösung auf die Erde zu setzen, da, wenn die beiden Ersatzmänner nicht von ähnlicher Grösse sind, als die beiden anderen Begleiter, die verschiedene Länge ihrer Arme beim Erfassen der nicht aufgestellten Trage starkes Schwanken dieser bedingt.

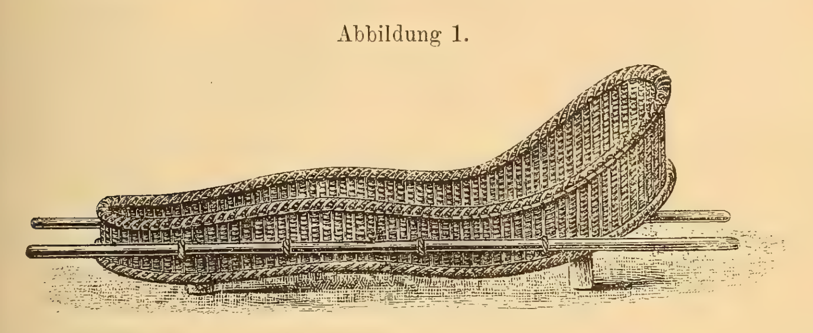
Die Zahl der verschiedenen Modelle von Krankentragen ist kaum festzustellen. Beständig werden hier Neuerungen geschaffen, und wenn auch viele ganz brauchbare Modelle von Krankenbahren vorhanden sind, so ist ein für alle oder auch nur die meisten Zwecke brauchbares Geräth bis jetzt nicht hergestellt. Wie überall gilt auch hier der Grundsatz, dass je einfacher der Bau der Krankentrage, um so besser sie ihren Zweck erfüllt.

Die ältesten zur Beförderung kranker Menschen eigens hergestellten Geräthschaften sind unzweifelhaft die Tragen gewesen. Aus alten Abbildungen geht ihre einfache Form hervor. Es waren zu einer Platte zusammengefügte Bretter, an deren vier Enden je eine Latte so befestigt war, dass sie zum Erfassen des Geräthes hervorragte. Füsse scheinen erst später den Tragen angefügt worden zu sein. Auch sind Abbildungen von Geräthen vorhanden, welche an einem Ende einen höher stehenden Rahmen zur Stütze für den Kopf hatten. In späterer Zeit scheinen dann besonders Tragkörbe in Gebrauch gewesen zu sein. In den Hamburgischen Rettungsanstalten wurden zu Ende des vorigen Jahrhunderts solche Körbe benutzt, deren sehr zweckmässige Gestalt unsere Abbildung 1 veranschaulicht. Die geschweifte Form gestattet eine sehr bequeme Lagerung des Kranken. Die Hochlagerung des Kopfes geschicht einerseits durch die Hochführung des einen Endes des Korbes andererseits durch Anbringung höherer Fussstützen am Kopfende als am Fussende. Für die Zwecke jener Rettungsanstalten war das Korbgeflecht ganz besonders angebracht. Vor allen Dingen war die Trage leicht, und wurde ein aus

dem Wasser geretteter Mensch darin untergebracht, so konnte das Wasser durch die Oeffnungen des Geflechts abfliessen, und der nasse Korb nach der Benutzung in den Stationen selbst an der Wand zum Trocknen angehängt werden. Hier blieb er dann bis zur neuen Verwendung.

Später war ein gerader und höher gestellter Tragekorb im Gebrauch, bei welchem am Kopfende ein geflochtenes viereckiges Dach den Patienten schützte.

Abbildung 1.



Tragkorb der Hamburgischen Rettungsanstalten 1769.

Geschichtlich bemerkenswerth ist das „englische Tragebett“, welches vom Dänischen Obermedicus Wendt 1816 beschrieben wurde und in meiner Arbeit über „Krankentransport“ in der „Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde“ abgebildet ist. Auf einem viereckigen Holzrahmen, an dessen vier Ecken sich Handhaben befinden, sind an den Längsseiten starke Stützen angebracht, auf welchem ein federnder viereckiger Metallrahmen aufliegt, an welchem durch vier Metallbügel eine dachartige Bedeckung angefügt ist. An der Unterseite des Metallbügels ist an Haken vermittelst kurzer Stricke ein niedriger oben offener Kasten befestigt, welcher den Kranken aufnimmt. Es ist hier also eine in sich federnde Aufhängung hergestellt, welche beim Tragen des Kranken sich augenscheinlich recht gut bewährt hat. An der gleichen erwähnten Stelle habe ich ein Tragbett nach Dr. Reiss abgebildet, welches noch vor einigen Jahren auf einzelnen Polizeistationen Wiens benutzt wurde. Dasselbe besteht aus einem eisernen Gerüst, welches nach Art einer eisernen Bettstelle zusammengelegt werden kann, sodass es nur geringen Raum einnimmt. Im aufgeklappten Zustande ist es eine Trage auf Füssen mit herausziehbaren Handgriffen. Ueber der Trage ist ein Gestell von eisernen Stangen, über welche eine Decke ausgespannt wird, welche den Patienten vollkommen verdeckt.

Die an eine Tragbahre zu stellenden Anforderungen sind folgende. Sie muss dauerhaft sein, den Unbilden der Witterung Stand halten, leicht und gut zu reinigen und zu desinficiren, bequem und leicht zu fassen und zu tragen sein, den Kranken bequem aufnehmen, dabei geringen Raum einnehmen und einfachen Bau haben. Besonders das Letztere ist wichtig. Denn es kann geschehen, dass ein Helfer auch eine solche Trage be-

nutzen will, der nicht auf ihre Handhabung eingeübt ist. Befinden sich z. B. Tragen an öffentlichen Plätzen zum Gebrauch für Jedermann aufgestellt, wie in Wien und London, so würde ihr Zweck verfehlt sein, wenn ihre Handhabung nicht so einfach ist, dass auch ein Jeder ohne Kenntniss ihres Baues sie sofort in Gebrauch nehmen kann.

Die genannten Erfordernisse sind solche, welche in Hinsicht auf die Kranken- und Gesundheitspflege in Frage kommen.

Betrachtet man nun hiernach viele der vorhandenen Modelle, so muss man zugeben, dass nicht alle diesen Anforderungen auch nur theilweise genügen. Die Tragen werden heute aus sehr verschiedenen Stoffen hergestellt. Sie sind ganz aus Metall, aus Holz, oder aus beiden, oder aus einem dieser Bestandtheile in Verbindung mit Segeltuch oder anderen Geweben und Stoffen, wie z. B. Leder verfertigt. In neuester Zeit hat man auch verschiedene Arten von Rohr für Tragbahren verwendet. Welcher Stoff der beste für Tragbahren sei, ist schwer zu beurtheilen. Denn es kommt sehr viel auf die Art der Verwendung derselben an. So muss man an die im Kriege zu benutzenden Bahren ganz andere Anforderungen stellen als an solche, welche in Civilverhältnissen z. B. für Fabriken in Frage kommen. In Bergwerken sind wiederum andere Arten im Gebrauch als für Zwecke im Gebirge. Hiernach richtet sich auch der Stoff, aus welchem Tragbahren gemacht werden. Denn hierfür ist viel die Witterung und Temperatur, welcher die Geräthe ausgesetzt werden müssen, maassgebend.

Besondere Erwähnung verdienen noch die Tragen aus Korbgeflecht in rechteckiger Form, die Krankenkörbe, welche den Hamburgischen ähnlich sind. Sie sind innen mit Wachstuch ausgeschlagen und werden mit Unterbett versehen oder sie haben mit Wachstuch oder Segeltuch bezogene Polster. Am Kopfende haben die Krankenkörbe ein aufklappbares Verdeck. Sie waren in früheren Zeiten mehr als jetzt im Gebrauch und sind heute eigentlich nicht mehr häufig vorhanden, da sie nicht leicht zu reinigen und zu desinficiren sind. Bei meiner für den Deutschen Samariterbund gestellten Umfrage an alle Deutschen Städte nach den dort vorhandenen Rettungs- und Krankentransporteinrichtungen stellte sich heraus, dass sie noch in der Provinz Schleswig-Holstein häufig Verwendung finden.

In früherer Zeit wurde auch Leder zur Bedeckung der Tragen benutzt. Dasselbe ist aber jetzt wohl ganz verlassen worden, weil es theuer, schwer zu desinficiren ist und auch sich nicht dem Körper des Kranken so gut anschmiegt als das jetzt meistens benutzte Segeltuch.

Die einfachste Bauart einer Trage besteht aus Holz und Segeltuch. Das Gerüst ist ganz aus Holz gemacht, wobei die Füsse und die Tragholme mit dem als Grundlage dienenden Rahmen fest verbunden sind. Der Kopftheil ist schräg gegen den Unterrahmen aufgestellt. Das Lager für den Kranken ist aus Segeltuch, welches durch Schnüre oder Riemen mit dem Gestell verbunden ist oder seitliche Säume zur Aufnahme der Holme hat. An diesem Grundmodell sind nun im Laufe der Zeit zahl-

reiche Veränderungen vorgenommen worden, welche nicht alle als sehr glückliche bezeichnet werden können. Zweckmässig sind zwei nach hinten vom Kopftheil nach abwärts geführte Zahnstangen, welche durch besondere Schrauben oder Haken, oder selbsthätig federnd festgestellt werden, wodurch die Möglichkeit verschieden hoher Lagerung für den Kopf bewirkt wird, welche für viele Fälle dienlich ist. Am Kopfende wurde auf dem Segeltuch ein gleichfalls mit Segeltuch bezogenes Kissen befestigt. Die Füsse wurden wie bei der Preussischen Militärtrage aus winklig gebogenen Eisen verfertigt, ferner auch durch Spiralfedern oder in anderer Weise federnd hergestellt, die Holme etwas verkürzt und mit zur beliebigen Verlängerung in Bügeln hervorziehbaren Handhaben versehen, wodurch eine Raumersparniss bewirkt wurde, bei den Holztragen brachte man im Grundrahmen kreuzweis verlaufende Gurte an, kurz mannigfache Veränderungen, welche jedoch im wesentlichen die Grundgestalt nicht berührten, wurden erdacht.

In ähnlicher Weise vollzogen sich die an den Metalltragen bewirkten Abänderungen. Man benutzte runde Eisenstäbe, welche man sehr bald zur Erleichterung des Gewichtes durch Gasrohr ersetzte. Ferner wurde Mannesmannrohr und in letzter Zeit Aluminium als Grundlage der Tragen verwendet. Die Holme können durch Hervorziehen von Holz- oder Metallgriffen aus hülsenartigen Enden oder in anderer Weise verlängert werden. Um die Tragstangen besser anfassen zu können, sind die Handgriffe mit Ueberzug aus Stoff versehen. Der Boden der Tragen wurde aus kreuzweis gelegten Metallstreifen oder Gurten hergestellt, in anderen Fällen wurden auch Spiralfedern, wie sie früher in Sophas üblich waren, senkrecht stehend oder auch in wagerechter Richtung verlaufend angebracht. Auch das in Rohrstühlen befindliche Geflecht dient oft an Krankentragen als Unterlage für Patienten.

In unseren Kolonien sind Tragen in Gebrauch, deren Holme aus Bambusrohr bestehen, welches hohl und daher sehr leicht zu handhaben ist. Neu sind die von Wulff-Berlin verfertigten Traggeräthe aus Malaccarohr, welches keinen Hohlraum im Inneren hat, aber dennoch sehr leicht ist. Diese Tragen werden so hergestellt, dass das Rohr verschiedene Biegungen und Krümmungen erhält, so dass die Trage eigentlich nur aus Rohr besteht, welches durch dünne Metallbänder aneinandergehalten wird. Das Malaccarohr ist also mehr holzartig und soll Witterungseinflüssen besser als das Bambusrohr Widerstand leisten. Weitere practische Versuche mit demselben müssen seine Verwerthbarkeit erweisen.

Um dem Körper eine bequemere Lage besonders in Fällen, wo eine solche dringend erforderlich, zu geben, wurde die Grundform der Trage geschweift gestaltet, wie dieses besonders bei der von Nicolai angegebenen Trage für Kranke mit Oberschenkelbrüchen zum Ausdruck kommt. Der Patient liegt auf dieser Trage mit schräg nach oben geneigten Ober- und nach abwärts geneigten Unterschenkeln.

Zur weiteren Raumersparniss, welche für viele Fälle von grosser Wichtigkeit sein kann, wurde dann darauf Bedacht genommen, die

Tragen für den Fall des Nichtgebrauches möglichst klein zu gestalten. Dies suchte man auf verschiedene Weise zu erreichen. Man klappte die Trage entweder in ihrer Längs- oder Querrichtung zusammen, indem man ein Charniergelenk an der erforderlichen Stelle im Rahmen einfügte. Die Trage nimmt dann weniger Raum ein, aber im Allgemeinen ist doch zu sagen, dass dies auf Kosten der Festigkeit des Geräthes geschieht. Nicht zu läugnen ist allerdings, dass für viele Fälle zusammenklappbare Tragen vortheilhaft sind. Es muss dann natürlich der hochstehende Kopftheil bei Querzusammenlegung niedergelegt werden, während bei Zusammlegung in der Längsrichtung der aufgesetzte Kopftheil in verschiedener Art zum Verschwinden gebracht wird, und sich dann beim Aufrichten auch zum Theil selbstthätig wieder aufrichtet. Einen Typus für die letztgenannte Art von Tragen bildet die Tragbahre des Leipziger Samaritervereins. Die aus Eisen verfertigten Querleisten des Rahmens sind beide mit einer Längsstange in ihrer Mitte in einem drehbaren Charnier verbunden, sodass der Rahmen in seiner Längsrichtung durch einen gegen die Mitte der Querleiste geführten Stoss aneinandergelegt werden kann. Bei der Charlottenburger Feuerwehr sind die beiden Querleisten rundlich nach unten abgebogen, um zu verhüten, dass der Körper des Patienten auf der Mittelstange aufliegt. Das Segeltuch wird beim Einpacken um die Holme herumgewickelt und mit Riemen befestigt.

In einfacherer Art ist das Zusammenlegen in der Längsrichtung bei einer Reihe anderer Tragen bewirkt.

Verschiedene zusammengelegte Tragen können an Riemen bequem von einem Manne auf der Schulter getragen werden, besonders diejenigen, welche zusammengerollt werden können.

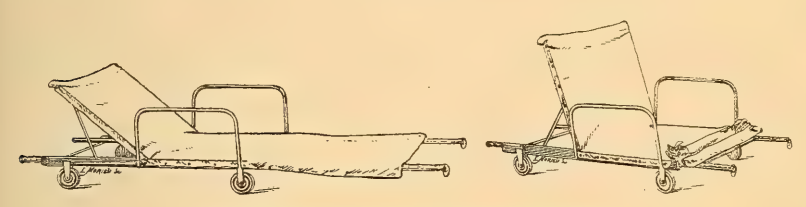
Eine zusammenklappbare Trage, welche durch einen Handgriff gebrauchfähig zu machen ist, hatte Siff-Hamburg auf der Deutsch-Nordischen Handels- und Industrieausstellung in Lübeck 1895 ausgestellt. Majewski erwähnt, dass Oberstleutnant Hausenblas vorschlägt, berittene Krankenträger für das Heer auszurüsten, und dass die Franzosen schon 1792 berittene Krankenträger hatten. Die Tragstangen der zerlegten Feldbahren sollten lanzenartig befördert werden. In dem vortrefflichen Werk des englischen Generalarztes Longmore über Krankentransportwesen, ist letzterer Vorschlag von Baron Percy beschrieben, Die Krankenträger sind dort zu Fuss mit solchen Lanzen auch abgebildet.

Als Decke hat man über den Tragen zum Schutz der Kranken gleichfalls Segeltuch in verschiedener Weise über Stangen oder Reifen viereckig oder halbkreisartig befestigt, und die Vorderöffnung des Daches durch eine Gardine verschlossen. Andere Tragen haben vom Fussende bis zur Spitze des Kopfdaches einen Ueberzug. Dieser enthält bei manchen Modellen eine mit Glas oder Marienglas verschlossene Oeffnung, welche dem Patienten etwas Licht zuführt und ferner zur Beobachtung des Kranken beim Transport dient. Man hat das Dach der Tragen über einem viereckigen Rahmen hergestellt, sodass es kastenartig über den

Kranken gesetzt werden kann. In diesen Fällen ist es meistens von der Trage ganz abzuheben und wird erst aufgesetzt, wenn der Kranke sich auf der Trage befindet. Bei anderen Tragen ist der Ueberzug zum Einrollen eingerichtet, damit der Kranke bei günstiger Witterung frei und unbehindert liegt und nur bei schlechtem Wetter bedeckt wird.

Um die Tragen leicht in einen Wagen schieben zu können, hat man auch ihre Füsse oder Gestell am Unterende mit kleinen Rollen versehen. Unsere Abbildung 2 stellt Tragen dar, welche in den städtischen Krankenwagen in Paris gebräuchlich sind. Rechts ist die Trage durch Ineinanderschieben und Aufrollen des Bezuges verkürzt, um sie auch als Tragstuhl verwenden zu können.

Abbildung 2.



Tragbahren in den Pariser Krankenwagen.

Die Anbringung der Tragen in oder auf Wagen wird bei der Beschreibung dieser zu erörtern sein. Es sind jetzt viele Verfahren ersonnen worden, um die für den Kranken störenden und in vielen Fällen gefährlichen Erschütterungen möglichst aufzuheben. Hierfür sollen die bereits erwähnten senkrechten oder wagrecht befestigten Federn, wie sie in Bettböden gebräuchlich sind, dienen. Ganz eigenartig ist die Art und Weise, wie bei den in den Londoner städtischen Krankenwagen vorhandenen Tragen eine möglichst ruhige Lagerung des Kranken hervorgebracht wird.

Eine Beschreibung derselben findet sich in meiner Schrift: „Sanitäre Einrichtungen in London mit besonderer Berücksichtigung des Rettungs- und Krankentransportwesens“ in welcher ich zum ersten Male eine eingehende Schilderung des Rettungs- und Krankentransportwesens in London, wie ich dasselbe 1897 sah, gegeben habe. Die Beschreibung lautet an dieser Stelle:

Die Tragen „bestehen aus einem länglichen Holzbrette mit vier Handhaben. Auf diesem Brette ruht ein abnehmbares Gummilager, welches aus fünf neben einander liegenden Röhren von der Länge der Trage zusammengesetzt ist; der Durchmesser der Röhren nimmt nach der Mitte der Trage zu ab, so dass die beiden äusseren Röhren den grössten Durchmesser (etwa 18 cm), die dann folgenden inneren kleineren (etwa 12 cm) und die mittelste den kleinsten Durchmesser (etwa 10 cm) hat. Hierdurch wird eine nach der Mitte des Lagers muldenförmige Oberfläche hergestellt. Die Röhren sind in der Längsnaht mit einander verbunden und werden vermittelst kurzer, anhängender, verschliessbarer

Schläuche mit Luft aufgeblasen. Genau der muldenförmigen Gestalt dieser Röhren angepasst, liegt über dem Ganzen eine Kautschukdecke und am Kopfende ein Kautschukluftkissen."

Diese letzteren Tragbahren sind in ausgiebiger Weise zu desinficiren, worauf wir bei der Darlegung der Beförderung der ansteckenden Kranken noch weiter einzugehen haben werden. Für Fälle von Massenepidemien hat Hirsch empfohlen, Tragen bereit zu halten, welche sich durch grosse Einfachheit der Herstellung auszeichnen. Sie bestehen aus zwei Stangen und einem Paar Querhölzern, welche in Füsse auslaufen. Die Stangen werden in die Säume des aus Segeltuch gefertigten Ueberzuges geschoben, während ein Deckel aus Segeltuch über elastisch gebogene Hölzer gespannt wird. Hängen die Ueberzüge recht weit herunter, so kann der Patient darin wie in einer Hängematte liegen und ist wenig Erschütterungen ausgesetzt.

Selbstverständlich ist auch die Hängematte selbst sehr viel zur Beförderung von Kranken in Betracht gezogen worden. Ihre Enden werden an einer langen Stange befestigt, welche die Träger mit den Händen oder auf ihren Schultern tragen. Besonders in den Tropen, wo die Hängematte viel benutzt wird, war diese Transportirung in Gebrauch. Eine bei der Marine mancher Länder gebräuchliche Trage stellt einen viereckigen Kasten dar, welcher auch an einer wagerechten Stange hängt, sodass die Trage gleichzeitig als Bett im Schiffsraum benutzt werden kann. Auch die Hängemattetragen werden in dieser Weise als Betten benutzt, was den Vortheil der Raumersparniss bietet. v. Mundy warnt wegen der starken Erschütterung vor der Lagerung von Kranken in Hängematten auf Schiffen.

Hiermit sind wir zur Beschreibung der Krankentragen im weiteren Sinne gekommen.

Einen Uebergang zu diesen bilden die in Bergwerken vorhandenen Tragen, welche gestatten, den Patienten auch in derjenigen Haltung zu befördern, welche für ein Bergwerk wegen des engen Raumes oft in Frage kommt, d. h. in aufrechter Haltung. Der Patient wird auf diesen Tragen ausser in der gewöhnlichen Art noch durch Gurte befestigt, welche seine Achseln umfassen und auf dem Boden der Trage angebracht sind. Zu erwähnen sind besonders hierfür ein Deutsches Modell, welches auf der Zeche Shamrock, wo vortreffliche Einrichtungen für das Rettungs- und Krankentransportwesen gemacht sind, in Benutzung ist. Die betreffende Trage hat eine Gesammtlänge von 2,34 m und 0,55 m Breite am Kopfende und 0,46 m Breite am Fussende. Sie „besteht aus $3^1/_2$ cm starken, 13 cm hohen Längsträgern, welche durch Querriegel verbunden sind. Dieses Gestell ist mit Segeltuch überspannt. Am oberen Ende ist ein aufklappbares Kopfstück; am unteren Ende steht senkrecht zu den Trägern ein 25 cm hohes abgerundetes Fussbrett. An diesem Brett ist ein bis zur Halshöhe reichendes Segeltuch befestigt, welches an beiden Seiten über den Verletzten mit je vier starken Schnallriemen an den Trägern befestigt wird und den Verletzten eng anliegend umschliesst. Ein in

Magenhöhe übergeschnallter breiter Gurt vollendet die Umhüllung des Verletzten.

Zur Erleichterung des Transportes in geneigten Räumen werden ausserdem unter den Achseln des Patienten gepolsterte Schnallriemen befestigt, so dass er je nach der Art seiner Verletzung theils in diesen hängen, theils auf dem Trittbrett stehen kann. Die Fortschaffung in Ueberhauen u. s. w. wird ferner durch schlittenartige Kufen erleichtert, welche ihre Lage zwischen den Trägern haben und etwa $1^1/_2$ cm höher sind als dieselben.“ Man kann die Trage vermittelst der Kufen in einem Raum von beliebiger Neigung auf der Sohle heruntergleiten lassen, während durch Handschlitze am Kopfende ein Seil geschlagen ist, was von oben allmählich nachgelassen wird. Vor der Niederlegung auf der Trage wird der Verletzte in eine dicke wollene Decke gewickelt, um dem gewöhnlich nach Verletzungen eintretenden Schüttelfrost zu begegnen.

Das in England viel benutzte Modell „Lowmoor Jacket“ ist wie eine gewöhnliche Tragbahre gebaut. Der Patient wird hier mit einem von den Achseln bis zu den Hüften reichenden Schurz aus Segeltuch, welcher vorn durch Riemen zusammengehalten wird, bedeckt, ein schmaler Gurt wird über den Knieen des Kranken zusammengeschnallt. Von dem grossen Schurz verlaufen Riemen schräg nach unten zwischen den Beinen hindurch zu einem grösseren Polster, welches zwischen den Beinen des Patienten gelagert ist. An der am Kopfende der Trage befindlichen Querstange sind zwei breitere Laschen befestigt, von welchen Riemen abgehen, welche durch die Achseln des Kranken hindurchgeführt werden, sodass, wenn die Trage aufrecht steht, der Kranke nicht herabfallen kann.

Von den für Beförderung kranker Personen in bestimmten Gegenden dienenden Tragen sind ausser den oben genannten noch die Kraxen für das Gebirge zu beschreiben. Hier sind die Wege zum Theil so beschwerlich zu begehen, dass es unmöglich ist, einen Kranken auf Tragen zu befördern, welche von zwei oder mehr Menschen getragen werden. Es müssen also die sogenannten „einmännigen“ Tragen zur Verwendung gelangen, mit welchen es für eine Person möglich ist einen Kranken fortzuschaffen, damit der Träger sein Augenmerk auf den zurückzulegenden Weg lenken kann. Die betreffenden Geräthschaften werden mit Riemen auf dem Rücken des Trägers befestigt, sodass das Sitzbrett für den Kranken, welches den Hauptbestandtheil der Trage bildet, wagerecht gegen den Rücken des Trägers gerichtet ist. Der Kranke setzt sich auf das Brett und zwar entweder reitend, sodass seine Beine nach vorn gerichtet sind und in den Kniekehlen vom Träger erfasst werden können, und er seine Arme von hinten her um den Hals seines Begleiters schlingt, oder er setzt sich, wenn sein Zustand dies gestattet, Rücken an Rücken auf den Sitz und hält sich an seitlich angebrachten Riemen der Kraxe fest. Nach diesem Grundsatz sind die meisten im Hochgebirge gebräuchlichen Tragen verfertigt. Einzelne haben die Gestalt wie die zum Tragen von Kleinholz benutzten Geräthe, indem noch an den Seiten

Holzstäbe angebracht sind, von welchen die vorderen gegen den Rücken der Träger anliegen. Bei den Tragen der Alpinen Rettungsgesellschaft zu Innsbruck, bei denen der Patient reitend die Beine nach vorn gerichtet hat, verlaufen von vorn oben Steigbügel, in denen die Füsse der Patienten befestigt werden, wodurch die Erschütterungen verringert werden. Der Träger kann, wenn seine Hände frei sind, den Gebirgsstock führen, um seinen Weg sicherer zu nehmen. Auch die Bauart der Gebirgstragen ist sehr verschieden.

Eigenartig ist die Gebirgs-Krankentragbahre „Passe-partout" von Dr. Henggeler-Zürich, welche gestattet, einen Kranken in verschiedenster Stellung und Haltung zu tragen. Auch als Schlitten, ferner auf dem Pferde befestigt ist diese Trage zu benutzen, sodass sie sich vorzüglich für Gebirgsgegenden, wo sehr verschiedene Arten von Krankenbeförderung nothwendig werden können, eignet.

Gleichfalls für die Beförderung im Gebirge, oder wo sonst enge Wege vorhanden sind, brauchbar, sind Tragschürzen, deren Benutzung eine sehr einfache ist. Sie bestehen nach dem Vorschlage von Majewski, aus einer dreitheiligen Schürze, welche aus doppelter, feinster Leinwand (Gradl) gefertigt, an einem starken Leibriemen befestigt ist. Der mittlere Theil der Schürze dient zur Unterstützung der Gesässgegend des Verwundeten, und ist daher bestimmt, sein Hauptgewicht zu tragen, die seitlichen zwei Theile dienen zur Suspension der Oberschenkel des Verunglückten. Der Vorgang beim Aufladen ist folgender:

Der Blessirtenträger kniet nieder, der Verwundete umfasst mit seinen unteren Extremitäten rittlings den Körper des Trägers; der mittlere Schürzentheil wird nach oben umgeschlagen, die an demselben befestigten zwei Gurte unter den Achseln des Verwundeten und über die Schultern des Trägers geführt und vorne an Leibriemen angeschnallt. Die seitlichen Schürzentheile werden um die Oberschenkel des Verwundeten geschlagen und vorne auf den Gurten aufgehängt. Der Blessirtenträger hebt jetzt den nunmehr sicher sitzenden Verwundeten, welcher seine Hände auf den Schultern des Trägers ruhen lässt; die Hände des Trägers sind frei und können zum Tragen der Waffen des Verwundeten oder zum Handhaben eines Gebirgsstockes benützt werden.

Einen ferneren „Vorschlag zur Sanitätsausrüstung im Gebirgskriege" macht Majewski mit der Beschreibung seiner Tragmatte. Sie soll zur Beförderung von Schwerverwundeten im Gebirge dienen und „besteht aus einer trapezförmig zugeschnittenen doppelten Segelleinwand von folgenden Dimensionen: Obere Breite 30 cm, untere Breite 60 cm, Höhe 90 cm; die untere Hälfte der Tragmatte ist durch Gurte verstärkt, an welchen zwei Traggriffe befestigt sind, die obere Hälfte der Matte ist an ihren Ecke mit zwei Gurtenschleifen (60 cm lang) ausgerüstet. Gebrauchsanweisung: Der Träger No. 1 schlüpft mit dem rechten Arm und dem Kopf in eine Gurtenschleife hinein und erfasst mit der rechten Hand den entsprechenden Traggriff; der Träger No. 2 bedient sich bei derselben Procedur des linken Armes und der linken Hand. Der Ver-

wundete wird in eine sitzende Lage gebracht und auf der unterschobenen Tragmatte sitzend gehoben. Er sitzt auf der unteren Hälfte der Matte, ihre obere Hälfte bietet ihm eine bequeme Rückenlehne; der Verwundete braucht sich mit seinen Händen an dem Hals der Träger nicht zu halten — eine Wohlthat für ihn und seine Träger. Jeder Träger kann mit seiner freien Hand einen Gebirgsstock benützen. Die Trage wiegt 1115 Gramm".

Diese Tragmatte ist bereits mit Abänderungen versehen worden. Es entsteht dann eine Form, wo ein etwa ein Quadratmeter grosses Stück Segeltuch an zwei aneinander gegenüberliegenden Seiten Querstangen trägt. Letztere werden in ihrer Mitte erfasst, wo hierfür ein Stück des Segelleinens herausgeschnitten ist. Diese Trage wird entweder so oder mit Zuhilfenahme von Gurten, welche die Träger über die Schultern nehmen, und welche an der Trage befestigt sind, getragen.

Die Abbildungen der von Majewski angegebenen Traggeräthe finden sich im Jahrgang 1897 der Wiener Medicinischen Presse. Dort ist auch noch eine „Rückentrage" desselben Autors beschrieben, bei welcher der Rücken des Trägers einen bedeutenden Theil der Trage bildet. Sie besteht aus einer doppelten etwa rechteckigen Segelleinewand, deren Kopftheil gespalten ist, während der Fusstheil durch zwei cylindrische 110 cm lange Tragstangen verstärkt ist. Es wird die Trage auf dem Boden ausgebreitet, der Verwundete darauf gelagert und dann in sitzende Lage gebracht. Ein Träger kniet nieder, ergreift das gespaltene Ende der Trage mit dem Rücken gegen dieselben gewendet, der zweite Träge erfasst knieend die beiden Tragstangen am Fussende. Zwei Gehülfen ergreifen je eine Tragstange links und rechts. Alle vier erheben gleichzeitig den Kranken, wonach die beiden Gehülfen abtreten. Beim Abladen knieen beide Träger unter Hülfe von zwei Gehülfen nieder, der Verletzte wird aus der Rückenlage in die wagerechte gebracht. Der Rücken des ersten Trägers dient als Rückenlehne. Die Hände des Kranken ruhen auf den Tragstangen. Ein Gurt am Ende der Trage hindert das Hinabrutschen der Kranken. Die Trage wiegt nur 1,5 Kilo.

Recht leicht — 2 Kilogramm schwer — ist eine neu hergestellte Tragbahre, welche aus Segeltuch und 6 Malaccarohrstäben besteht. Das rechteckige Tuch hat in der Mitte in Querrichtung eine Naht, an den 4 Seiten sind Doppelsäume, welche die Stangen aufnehmen. Je eine wird in querer Richtung eingesteckt, während je 2 in die Längssäume und zwar auf jeder Seite bis an die Naht geschoben werden. Sowohl am Kopf- und Fussende als auch an den beiden Längsseiten ragen in den Mitten die Stäbe frei hervor, indem hier die Säume nicht bis an den Rand heranreichen. Hier kann die Trage von den Trägern getragen und durch betreffende Haltung des Segeltuches gegen die Naht dem Kranken eine sitzende oder liegende Stellung gegeben werden, sodass sie sich auch anscheinend als Sitztrage auf Treppen u. s. w. eignet. Ferner kann sie durch Anbringung der Transportgurte als Hängematte benutzt werden. Das Trag-

tuch wird zusammengerollt und mit den Stäben zusammengewickelt, sodass es auf dem Rücken eines Mannes fortgebracht werden kann.

Tragbare Krankenbeförderungsmittel stellen auch die Sänften dar, welche früher z. B. in Dresden gebräuchlich waren. Sie sind coupeeartig gebaut und haben an den Seiten Tragstangen, mit welchen sie fortbewegt werden. Die in einzelnen Ländern vorhandenen Abweichungen von diesen Formen werden noch bei den späteren Darlegungen erwähnt werden.

Sehr zweckmässig zur Benutzung auf engen Treppen und in winkligen Räumen sind die v. Mundy angegebenen Stiegensessel und Dachkammertragen. Die Abbildungen dieser finden sich in meiner mehrfach erwähnten Arbeit. Der Stiegensessel ist ein Stuhl mit Armlehnen und Fussbrett, welcher auf kleinen Raum zusammengeklappt werden kann. Zu beiden Seiten des Sitzes befinden sich je zwei Ringe, welche von den Trägern erfasst werden oder zum Durchstecken von zwei Tragstangen dienen. Czerny hat durch ein einfaches Verfahren diese Stuhltrage gleichzeitig zu einer Tragbahre verwandelt, auf welcher ein liegender Kranker befördert werden kann, während die andere Form geeignet ist, sitzende Kranke auf Treppen zu tragen. Czerny hat vorn am Sitzbrett eine nach unten zu klappende Verlängerung angebracht, welche je nach Bedürfniss für einen sitzenden oder liegenden Kranken eingestellt wird. Die Dachkammertrage hat auch im Gebirgskriege Verwendung gefunden. Sie ist stuhlförmig mit an den Beinen befestigten Ringen zum Durchleiten der Tragstangen. Vom Fussbrett geht ein Segeltuch nach oben, um den Kranken ganz zu bedecken, während auf der Lehne am oberen Ende ein festes Dach angebracht wird. Solche und viele andere Tragmittel sind für Zwecke angegeben worden, wo die vorhandenen Tragen wegen bestehender Hindernisse nicht zu gebrauchen sind, sei es dass enge Wege auf Schiffen, in Bergwerken, in Häusern, in Gebirgen oder dergleichen stören. Ein weites Feld bietet sich hier für die weiter unten zu besprechenden Improvisationen.

Um den Kranken von seiner Lagerstätte aufzuheben — eine mehr indirecte Krankenbeförderung, oder vielmehr Krankenbewegung von seiner Unterlage — sind

Krankenheber

angegeben. Dieselben werden bei schwerbeweglichen Kranken verwendet, um dieselben zu einem Verbande vorzubereiten oder zu verbinden, ferner um seine Lagerstätte in Ordnung zu bringen, den Kranken aus einem Bett in ein anderes zu legen, indem der Kranke von seinem Lager erhoben wird, dieses entfernt und ein anderes untergesetzt wird. Der Patient wird dann wieder herabgelassen und auf das neue Bett — oder in eine bereitgestellte Badewanne zur Herstellung eines Bades — gelegt. Die hierfür ersonnenen Geräthe sind gewöhnlich etwas umständlicher Art, indem ein grosses Gerüst über das Bett gesetzt wird, an welchem ver-

schiedene Klammern angebracht sind, welche den Kranken umfassen. Durch über Rollen geleitete Stricke, welche durch eine Kurbel angezogen werden, kann der Kranke emporgehoben werden. In neuerer Zeit hat man diese Geräthe zu vereinfachen versucht, indem man z. B. den Kranken auf ein Laken legte, an dessen Rand Ringe befestigt sind, durch welche Stricke verlaufen. Letztere endigen in Gurten, welche zu einem oberhalb des Kranken vorhandenen gemeinsamen Ringe sich vereinigen, durch welchen in ähnlicher Weise wie vorher der Patient mittelst Hebevorrichtung gehoben wird. Dadurch dass der Kranke stets auf dieser Unterlage liegt, und nicht erst auf dieselbe immer wieder, wenn es nöthig, gebracht werden muss, ist für diese Zwecke eine grössere Bequemlichkeit für den Kranken ermöglicht. Bei anderen Apparaten wird ein Gerüst an den Bettstangen befestigt.

Zu nennen sind hier die Apparate von Beck-Bern (Pantokom), Kaeding-Halberstadt, Bensch-Berlin, P. Jacobsohn-Berlin, Mandowski (Suspensor) Mendelsohn-Berlin und Merke-Berlin. Bei einzelnen dieser liegt der Kranke stets auf der Unterlage, welche im Bedarfsfalle mit dem Kranken gehoben wird.

β) Von Thieren getragene Transportmittel.

Diese sind dadurch entstanden, dass unter gewissen Umständen andere Transportmittel schwer oder gar nicht zu benutzen, oder nicht zur Stelle sind. Ihre Hauptanwendung haben sie unter gewissen Umständen noch heute in den Tropen, in Indien, Japan, ausnahmsweise in unseren Gegenden in Gebirgen oder in improvisirter Weise, wenn es z. B. bequemer erscheint einen Kranken, wenn ein Thier zur Verfügung steht, durch dieses anstatt durch Menschen forttragen zu lassen. Von den Thieren, welche hierfür benutzt werden, sind zu nennen Pferde, Maulthiere, Rinder, Kameele, Elephanten, Hunde.

Die Geräthschaften für diese Transportarten sind der Eigenart des Thieres angepasst. Für Pferde und Maulthiere sind Cacolets vorhanden, Sitzgelegenheiten, welche zu beiden Seiten des Sattels des Thieres angebracht sind. Die Kranken befinden sich entweder in der senkrechten Richtung zum Thier oder parallell mit der Längsrichtung desselben. Ueber dem Geräth ist ein Dach befestigt, der Patient sitzt auf einem kleinen Sitz, welcher mit Armlehnen und Fussstütze versehen ist. Gleichfalls zu beiden Seiten des Thieres, aber in seiner Längsrichtung sind die Litières (Litters) befestigt, welche dem Kranken liegende Haltung gestatten. Sie sind mehr tragenartig gestaltet und mit einem vollständigen Ueberzug versehen, unter welchem der Kranke gut gegen die Witterung geschützt ist. Auch Tragkörbe mit Verdeck nach Art der Conditorkörbe sind im Amerikanischen Rebellionskriege zu den Seiten der Maulthiere angehängt worden, um Verwundete liegend zu transportiren. Zwischen zwei Thieren können Kranke getragen werden, wenn die Holme der Tragbahren so lang sind, dass dieselben am Sattel der hintereinander schreitenden Thiere befestigt werden können. Hierher

gehörig ist die von Pferden gezogene Schleifbahre, deren am Kopfende befindlichen Tragholme zu beiden Seiten des Sattels des Thieres befestigt werden, sodass das andere Ende der Trage sich auf dem Erdboden befindet. Der Kranke liegt hier also schräg nach unten geneigt. Auch für Kameele bestimmte Tragmittel sind angegeben, welche sitzende und liegende Stellung des Kranken zu beiden Seiten des Thieres gestatten.

Ferner sind zwei Thiere, Maulthiere, zur Beförderung eines Kranken benutzt worden, indem die genügend langen Holmen des Traggeräthes an den Sätteln der beiden Thiere so befestigt werden, dass der Patient zwischen den schreitenden Thieren sich befindet.

In neuerer Zeit hat man auch sich der Hunde für den Sanitätsdienst bedient. Diese Thiere eignen sich, wie aus den Leistungen der berühmten Bernhardiner bekannt ist, in vorzüglicher Weise für sänitäre Dienste beim Menschen. Es sind in letzter Zeit auch Vorrichtungen angegeben worden, mit welchen die eigens hierfür ausgebildeten Hunde Menschen forttragen können. Die weitere Verwendung der Hunde für den Sanitätsdienst wird noch beim Rettungswesen zu besprechen sein.

### b) Beförderung von Kranken durch fahrbare Transportmittel.

#### α) Durch Menschenkraft fortbewegte.

Wenn man eine Krankentrage von der oben beschriebenen typischen Gestalt auf ein Rädergestell setzt, so erhält man eine

#### 1. Räderbahre.

Diese sind meistens so gebaut, dass die Trage unabhängig von ihrem Untergestell gebraucht werden und wenn erforderlich auf das Rädergestell aufgesetzt werden kann. Auch für diese Art von Beförderungsmitteln sind im Laufe der Zeit zahlreiche Modelle angegeben worden.

Wohl als eine der frühesten ersonnenen Vorrichtungen für bequemen Transport von Kranken — abgesehen von den „elastischen Wagen“ von Goercke — ist die „Bequeme chirurgische Lagerstätte, die zugleich als Krankenstuhl, Krankenheber und Tranportvorrichtung mit oder ohne Räder gebraucht werden kann“, vom Bayerischen Stabsarzt Koppenstätter aus dem Jahre 1831 anzusehen. Ihre Beschreibung und Anwendung gebe ich im Wortlaut wieder, da hier bereits die für den Krankentransport wichtigen Gesichtspunkte und die Bedeutung einer sachgemässen Beförderung von Kranken und Verwundeten — im Kriege und im Frieden — nach modernen Grundsätzen ausführlich gewürdigt werden.

„Der Zweck dieser neu construirten Kunst-Vorrichtung ist, bey irgend einem plötzlichen Unglücksfalle und in Krankheiten aller Arten, jedem Mitmenschen mittelst derselben schnell und zweckmässig beystehen zu können.

Sowohl bey plötzlicher Trennung der Continuität eines Knochens, als auch meistentheils in andern Unglücksfällen und Krankheiten, wird eine zweckmässige Lage zur Hauptbedingung; denn von einer zweck-

mässigen Lage hängt, meines Erachtens, nicht allein der günstige Erfolg einer zweckmässigen Heilung, sondern oft selbst die Förderung des Lebens ab[1]).

Und es ist überdies die höchste Pflicht des Menschen und insbesondere des Arztes jedem seiner Mitmenschen, sowohl dem in tapferer Erfüllung seines Berufes schwer verwundeten Kriegers, als auch dem in anderer Berufszeit für seinen (und seiner Familie) Lebensunterhalt sorgenden Verunglückten auf möglichst milde und verlässige Art Hülfe zu leisten.

Zur Erfüllung der gerechtesten Ansprüche der Verwundeten und sonst Verunglückten also dürften diese wenigen Gründe schon hinreichen, um in jeder fühlenden Brust den Wunsch darnach zu erwecken.

Herzzerreissende Erscheinungen sollen wenigstens, da die Verhütung der Unglücksfälle nicht immer in unserer Macht steht, durch unsern Beystand möglichst gemildert werden.

Ich widmete daher bey dieser Lagerung mein vorzüglichstes Augenmerk der Lage des Patienten während der ärztlichen Behandlung und auch des Transportes, was gewiss von grösster Wichtigkeit ist.

Dieser Apparat muss nun, um als Stuhlbrett zu dienen, nicht allein die bisher zu diesem Zwecke ersonnenen, bekannten Verrichtungen, als Betten und Stühle etc., die wegen ihrer oft abschreckenden Form und ihrer allzu grossen Kostspieligkeit und zu complicirten Constructionen nicht überall in Anwendung gebracht werden können, übertreffen, sondern auch alle diese bekannten so vereinigen, dass sie, gleichsam in einander verschmolzen, leicht und schnell in der einen oder anderen Form beliebig angewendet werden können.

Den früher angewendeten, zweckwidrigen Behandlungsweisen, insbesondere bey Transporten und Lagerungen, entgegenzuwirken, sey der Zweck der Beschreibung dieser kleinen Kunstvorrichtung, bey der ich nichts, als das Wohl der leidenden Menschheit beabsichtige, und nebenbey dem Arzte seine ohnehin mühevolle, meistens undankbare Arbeit, in so weit zu erleichtern wünsche, dass er wenigstens in Folge dieser unzweckmässigen Verfahrungsarten bey der Heilung keine stärkeren Hindernisse zu bekämpfen habe, als diejenigen sind, welche ihm die Verwundung selbst entgegenstellt.

Wenn es gleich unmöglich ist, ein wahres Bild der Jammerscenen, die durch unzweckmässige Lagerung und einen das Uebel nur verschlimmernden Transport herbeygeführt werden, zu entwerfen, so will ich doch in Kürze Folgendes erwähnen:

Bey Civil-Personen geschieht die Transportirung der arbeitsamen und grösstentheils ärmern Klasse (von Maurern, Zimmerleuten etc.) von den in Sandgruben, Steingruben, Forsten, Bergwerken, Kellerbauten und dgl. Arbeitenden, welche das Unglück hatten, ein Bein zu brechen, oder

1) Auf diese schon damals geäusserte Meinung sei besonders hingewiesen. G. M.

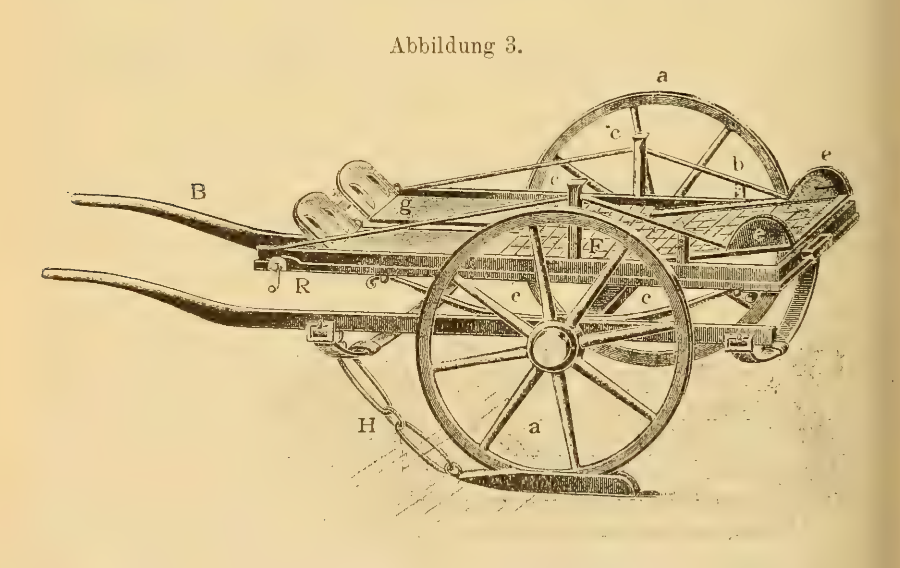
sonst eine starke Verwundung, Kopferschütterung etc. dabey zu erleiden, auf einem Leiterwagen oder Schubkarren, oder sonst oft durch martervolles Fortschleppen, wodurch nicht minder gefährliche Wunden, Quetschungen und andere Verletzungen, für die Heilung schwieriger werden, der Patient in grössere Gefahr gebracht, oft aber gänzliche Unheilbarkeit der erlittenen Verletzung, ja selbst der Tod erst herbeygeführt wird".

Die Beschreibung der Transportvorrichtung lautet:

„Die Figur zeigt eine Transport-Vorrichtung, die aus zwey gewöhnlichen Rädern A A mit einem Durchmesser von 7 Schuhen besteht, nämlich welche so hoch sind, dass bey Veränderung der Lagerstätte zu einem Sessel der untere Lagertheil ungefähr $^1/_2$ Schuh von der Erde entfernt bleibt, die sodann aus den Leitungshebeln B besteht, zur Dirigirung des Wagens, die von der Axe aus 5—6 Schuh lang sind und gleich stark sein sollen, so dass die darauf zu befestigenden stählernen Tragfedern c c unten einen festen Ruhepunkt haben, und oben die darauf ruhende Rahme im Gleichgewichte erhalten.

Im Winter darf man nur die jetzt allein angewendeten, Radschuhen ähnlichen Vorrichtungen, wie deren eine H zeigt, in Anwendung bringen, und so wird man diese Transport-Vorrichtung leicht als Schlitten benutzen können.

Abbildung 3.




Krankentransportgeräth und Lagerstätte nach Koppenstätter 1830.

Die wesentlichen Vortheile meines Transportwagens dürfen nicht übergangen werden. Denn

1. die Verwandlung von der horizontalen Bettlage in einen Stuhl geschieht unmerklich langsam, und es kann vom Hüft- und Kniegelenke eine stumpfwinkliche Beugung mit oder ohne Erhöhung des Oberschenkels

geschehen und sowohl ein Unterschenkel, als auch beyde zugleich gesenkt, dabey der obere Bettboden mit dem Oberkörper gehoben und in verschiedenen Winkeln erhalten werden, dass die Lagerung sowohl für die einzeln verletzten Glieder, und auch für den Patienten sehr bequem und sicher sey, dass die Lage einzelner Gliedmassen und des ganzen Körpers schwebend geschehen kann.

2. Es leuchtet von selbst ein, dass auf einen so leicht eingerichteten Transportwagen, wie dieser, der Transport durch einen Menschen um Vieles geschwinder effectuirt werden kann, als durch das Tragen von zwey oder mehreren Menschen; dass folglich bey einer mässigen Entfernung der Arzt einen grossen Theil an der ihm so nöthigen Zeit gewinnt, und den ihm anvertrauten Patienten früher verbinden, oder sonstige ärztliche Hülfe eher leisten kann, als bis sich andere Symptome einstellen, welche die Heilung erschweren oder vielleicht gar unmöglich machen.

3. Es ereignet sich nicht selten, dass der Kranke während des Transport in den Fall kommt, seine Nothdurft verrichten zu müssen. Befindet er sich nun unter den Händen unkundiger, oft roher Leute, so geschieht es gewöhnlich, dass er auf die unbarmherzigste Art ab- und ebenso wieder aufgeladen wird, wodurch ausser den heftigen Schmerzen noch neue Uebel herbeygeführt werden können, die die ärztliche Hülfeleistung verlängern, selbst oft grössere Gefahren noch dem Patienten drohen; während auf meinem Transport-Apparate kein Zeitverlust geschieht, sondern der Patient allen seinen natürlichen Bedürfnissen Genüge leisten kann, wenn die Kleider hinten aus den Nähten getrennt werden, ohne aufgehoben werden zu dürfen, und neuen Schmerzen unterliegen zu müssen.

4. Während des Transportes, wo der Patient oft nicht einmal verbunden ist, wird eine zweckmässige Lage nicht allein die Schmerzen lindern, sondern der Arzt erhält durch eine gleichruhige Lage den Vortheil, dass er die Wunde so in die Hände bekommt, wie sie Ungeschicklichkeit, Bosheit oder Zufall geschaffen hat, und er hat auf solche Weise wenigstens nicht auch noch mit den Folgen einer zweckwidrigen Verfahrungsart von Seiten unkundiger, oft roher Menschen zu kämpfen.

5. Die Verfertigung dieses Apparates ist leicht und nicht mit zu grossen Kosten verbunden.

6. Der Patient darf nicht wie bey Leiterwägen etc. hoch in die Höhe gehoben, mit Mühe und Schmerzen wieder abgeladen werden. Der Führer kann bey einiger Vorsicht jedem im Wege stehenden Hindernisse, z. B. Steinen, Grübchen etc. ausweichen, was bey einem mit Pferden bespannten Leiterwagen selbst bey der grössten Vorsicht und Sorgfalt nicht möglich ist. Der Patient liegt sanft und wird nicht geschüttelt und gerüttelt.

7. Diese Transport-Vorrichtung kann auch zum Hin- und Herbringen anderer Gegenstände, als der Verwundeten und Kranken, benutzt werden,

wenn man sie zu ihrem eigentlichen Endzweck nicht eben nothwendig haben sollte, z. B. im Felde zum Transport des Brodes, der Fourage und hundert anderer Artikel, die im Bivouak und im Lager hin- und hergeschafft werden müssen, wozu man sich gewöhnlich einer Menge Menschen bedienen muss, die ihre ihnen so nöthigen Erholungsstunden aufopfern müssen, was es nicht bedürfte, wenn eine gewisse Anzahl solcher kleiner fahrbarer Lager-Vorrichtungen vorhanden wären, die im Falle des Bedarfes der Compagnie zur Disposition gestellt würden. So auch auf Märschen wären sie zur Fortbringung solcher, die sich bald wieder erholen, sehr dienlich.

8. Eben so habe ich mein Augenmerk darauf gerichtet, dass derselbe leicht zerlegt und ebenso leicht wieder zusammengesetzt werden kann. Es bedarf nicht der geringsten Kunst, kaum einer Anweisung zur Zusammenfügung eines solchen Wagens, deren, wenn sie zerlegt sind, 25 auf einen Leiterwagen in der äussersten Geschwindigkeit gebracht werden können. Eine solche Anzahl von Wagen wäre für eine ganze Brigade hinlänglich, die erforderlichen Dienste zu leisten.

9. In Dörfern oder auch unter den Armen in den Städten bietet diese fahrbare Lagerstätte noch einen besonderen Nutzen dar, welcher dem practischen Arzte nicht selten willkommen seyn wird. Diejenigen Leute nämlich, welche am meisten Unglücksfälle dieser Art erleiden, sind gewöhnlich aus der Klasse der ärmsten, der arbeitsamen Menschen. Solche Leute haben selten mehr als ein Bett, in welchem Mann und Frau beysammen schlafen, das sich dann auch meistens an den dunkelsten Stellen einer niedrigen Wohnstube befindet. Die Behandlung wird in diesem Falle nie beginnen, noch der Erfolg erwünscht ausfallen können, wenn sich auch der Arzt mit einem brennenden Spane leuchten liesse, oder mit dem stets erneuerten Transport des Patienten zur hellern Stelle des Zimmers sich begnügen wollte, was selbst nicht immer geschehen kann; denn oft ist der Patient allein zu Hause, oder nur unter der Aufsicht alter, kraftloser, tauber oder sonst gebrechlicher Personen, oder junger Leute, die selbst zur Feldarbeit noch untauglich sind; so ist doch immer zu berücksichtigen, dass man dem Patienten stets neue Schmerzen verursacht, und dadurch in einer Minute mehr Schaden zufügen kann, als Tage, ja Wochen lange Bemühungen des fleissigen Arztes wieder zu verbessern im Stande sind. Diesem kann auf eine leichte und wohlfeile Art allein dadurch abgeholfen werden, wenn der Patient in dieser Transport-Vorrichtung in seine Wohnung gebracht, und auf derselben bis zur Beendigung der Heilung liegen gelassen würde, da selbe als Bett gebraucht werden kann.

10. Sie bietet den Vortheil dar, dass der Arzt auf allen Seiten zu seinem Patienten gelangen kann, dass er seinen ärztlichen Verrichtungen an einer hellen Stelle mit aller Bequemlichkeit obliegen, ja den Patienten drehen lassen kann, ohne dass er es verspürt. Niemand beunruhigt ihn des Nachts, und wenn er seine natürlichen Bedürfnisse be-

friedigen muss, kann dieses von ihm selbst oder mit Hülfe eines Kindes geschehen.

11. In Militär- sowohl, als in Civil-Spitälern hätte er auch vor allen Tragbahren, Portchaisen und viereckigten Tragsesseln, die so theuer und abschreckend und unbehülflich sind, grosse Vorzüge.

12. Der ganze Körper des Patienten, sowie jeder einzelne Theil desselben kann bequem und sicher gelagert werden.

13. Er ist für grosse und kleine Menschen gleich brauchbar.

14. Dieser Lager-Apparat muss auch eine kühlende, harte, nicht weiche, erhitzende Unterlage haben.

15. Er gestattet jede Seitenbewegung, so wie am Hüft- und Kniegelenke eine stumpf- oder rechtwinkliche Beugung mit oder ohne Erhöhung des ganzen Körpers, oder der einzelnen Gliedmassen, des Ober- und Unterschenkels.

16. Er lässt jede Bewegung ohne Nachtheil zu, schwebend und nicht schwebend, ohne Abmattung ist jeder Wechsel der Bettwäsche und das Ordnen der Unterlage möglich, das Unterschieben von Bettstücken, Beybringen von Klystieren etc.

17. Er dient als vollständiges Beinbruch-Etui für die untern Gliedmassen mit freyem Zulass von unten.

18. Durch die am obern Theile angebrachten Reifen wird der Kranke gegen den ungünstigen Einfluss der Witterung hinlänglich geschützt, so wie er an den untern Theilen des Körpers nur einer wollenen Decke bedarf".

Wir finden in diesen Ausführungen, welche auch vom Standpunkt der allgemeinen Medicin und Hygiene hohes Interesse verdienen, die meisten Anforderungen wieder, welche an zweckmässige Krankenbeförderungsmittel zu stellen sind.

Es müssen die fahrbaren Krankentransportgeräthe die gleichen Bedindungen erfüllen, welche für die Beförderungsmittel von Kranken oder Verunglückten im Allgemeinen Gültigkeit haben. Bequemlickeit und Sicherheit für den Patienten, Einfachheit im Bau, Leichtigkeit und Möglichkeit zur genügenden Desinfection sind die Haupterfordernisse auch für diese Beförderungsmittel, welchen nicht alle der bekannten Modelle genügen. Gewöhnlich besteht das Untergestell aus einem Rahmen, welcher gleiche Abmessungen wie der Rahmen der Trage besitzt. Die Trage wird mit dem Kranken beladen auf das Gestell aufgesetzt und hier in verschiedener Weise befestigt. Es sind für diesen Zweck Federn angegeben, bei anderen wird die Trage durch Schrauben am Gestell angebracht oder durch knieförmig gebogene Hebel festgehalten.

Bei einigen Modellen hat der Rahmen des Untergestells seitliche Falze, in welche die Trage wie in Schienen hineingeschoben wird. Es sind auch Rädergestelle ohne Rahmen vorhanden, bei welchen die Verbindung mit der Trage dann wieder in anderer Weise erfolgt.

Andere Fahrbahren haben ein Obertheil, welches aus einem Korbe oder kastenartigen Gestell besteht. Letztere sind gleichfalls mit Wachs-

tuch ausgeschlagen, oder werden mit einem Unterbett für den Kranken gepolstert. Oder sie sind auch mit Polstern, die mit Wachstuch oder Segeltuch überzogen sind, versehen. Ausser dem Krankenkorb gehören zu dieser Gruppe die Fahrbaren nach Stecher und Jahn. Die andere Art von Räderbahren, zu welchen die sehr geschickt von Soltsien-Altona ersonnene gehört, bestehen aus einfachen Tragen, welche auf das Gestell aufgesetzt werden. Letztere haben vor den Körben den Vorzug, dass sie besser und gründlicher gereinigt und desinficirt werden können, eignen sich aber weniger für Schwerverletzte, welche in dem gepolsterten tiefen Gestell wiederum besser liegen, als auf einfacher Trage. Die Räderbahre von Stecher hat ein aus Holz und Segeltuch gefertigtes Gestell mit einer Matratze aus Holzwolle, welche bei der Desinfection verbrannt wird. Ferner ist noch die von Sir John Furley angegebene zweirädrige Fahrbare, „Ashford Litter" hier zu erwähnen, welche in England und den Colonien sehr verbreitet ist. Hier überragt die Trage das kürzere Radgestell.

Die Hauptunterschiede an diesen Bahren bestehen in der Anzahl der Räder an dem Gestell. Es giebt Räderbahren mit zwei, drei, vier und mehr Rädern. Die Räder sind gewöhnlich jetzt mit Gummireifen belegt oder bestehen aus Pneumatics. Zwei Räder sind gewöhnlich in der Mitte des Gestells angebracht. Von dreien ist das eine vorn oder hinten, während die beiden anderen in der Mitte oder mehr nach vorn oder mehr nach hinten liegen. Ferner sind am Gestell Füsse, welche dazu dienen, das Geräth festzustellen, um den Kranken mit der Bahre abzuheben oder aufzulegen. Die Zahl der Füsse ist gleichfalls eine sehr verschiedene. Entweder ist ein solcher vorn oder hinten in der Mitte, oder je einer vorn und hinten oder zwei. Hat das Gestell vier Füsse, so sind diese auch hinten und vorn zu je zwei mit einander verbunden. Die Räder sind auch mit Blattfedern versehen, während die Füsse durch mannichfache Vorrichtungen bei der Bewegung der Fahrbahre nach oben geschlagen werden können, um nicht beim Fahren zu hindern. Soll die Trage feststehen, so werden die Füsse auf dem Boden festgestellt. Zur Bedeckung des Patienten ist ein Ueberzug vorhanden, welcher entweder über einem Gestell von halbkreisförmigen Reifen befestigt ist, oder für den Kopf ist noch ein besonderes Dach angebracht, sodass der Patient hier einen grösseren Raum über sich hat. Im Ueberzug sind wie bei den Tragbahren an verschiedenen Stellen, vorn, hinten oder an den Seiten noch Fensteröffnungen eingelassen, welche bisweilen offen sind, aber meistens mit Glas etc. verdeckt werden.

Die Abbildungen des fahrbaren Krankenkorbes, der Fahrbahre von Stecher und der ausgezeichneten Räderbahre von Soltsien finden sich gleichfalls in meiner Arbeit.

Auch die oben erwähnten Tragen aus Malaccarohr sind mit Räderuntergestell verfertigt worden.

Die Art der Beförderung der Kranken mit einer Räderbahre gestaltet sich in entsprechender Weise wie mit einer Tragbahre. Nachdem

der Patient auf der Trage gelagert, diese auf dem festgestellten Untersatz aufgestellt, befestigt, die Stützen des Gestelles gelöst sind, ist das Geräth zur Abfahrt bereit. Es kann nun von einem Manne gezogen oder geschoben werden, oder wenn zwei Begleiter zur Verfügung, so zieht der eine am Vorderende, während der zweite am Kopfende schiebt. Bei grösseren Entfernungen müssen Ersatzmänner eintreten. Ist nur ein Mann vorhanden, so ist es besser, wenn dieser am Kopfende des Kranken sich befindet, um ihn während der Fahrt beobachten zu können. Für diesen Zweck ist die Fensteröffnung an der Hinterseite des Kopfdaches angebracht. Ich habe in London auf der Strasse solche Fahrbahren in Anwendung gesehen. Es wurde hier das Geräth so gehalten, dass die Richtung des Körpers des Kranken eine schräg geneigte war, wobei der Kopf am höchsten stand. Die wagerechte Haltung wird wohl meistens angebracht sein.

Die Räderbahren sind also in manchen Fällen anzuwenden, wo es sich um Krankentransporte von längerer Dauer als bei Tragen handelt, da durch das Schieben oder Stossen die Begleiter nicht in sehr erheblicher Weise angestregt werden. Sie kommen auch in Frage, wo beschränktere Geldmittel verfügbar sind, um die Pferde zu ersparen, deren Unterhaltung und Ersatz immer mit grösseren Kosten verbunden ist. In kleineren Ortschaften, ferner in Fabriken werden Räderbahren von zweckmässiger Bauart mit Vortheil zu benutzen sein. Haben dieselben vier Räder, so werden sie auch von Pferden fortbewegt. Jedoch ist zu sagen, dass es in solchen Fällen besser ist, eigene Krankentransportwagen zur Stelle zu haben, da eine Ersparniss in solchen Fällen nur eine geringe sein kann, da gerade die Unterhaltung der Pferde beim organisirten Krankentransportwesen, wo Krankenwagen vorhanden, die grössten Kosten verursacht. Vierrädrige Fahrbahren werden auch bisweilen mit dem Namen Krankenwagen belegt, aber sie können auf diesen eigentlich keinen Anspruch erheben, da nicht jedes Krankenbeförderungsgeräth, welches von Pferden gezogen wird, ein Krankenwagen ist. Die mit besonderen Verdecken versehenen Räderbahren gewähren nur einem Kranken Raum, und auch wenn das Verdeck einen grösseren viereckigen Kasten darstellt, welcher über den liegenden Kranken gestülpt wird, ist der Raum sehr beengt. Dieser Umstand spricht auch dafür, Räderbahren nur als Aushülfsmittel zu benutzen, da die Beförderung mit diesen für die Kranken keine Annehmlichkeit darstellt. Die Luftzufuhr und Beleuchtung ist, auch wenn Fensteröffnungen vorhanden, eine so beschränkte, dass sie nur da angewendet werden sollen, wo Krankenwagen nicht zu Verfügung stehen.

Während in einzelnen Fällen die Trag- und Fahrbahren so eingerichtet sind, dass sie nach der Beförderung des Kranken auch gleichzeitig als Lagerstätte dienen können, ist auch angegeben worden, die Trage nach dem Gebrauch als Operationstisch herzurichten, um dem Patienten eine Umlagerung auf diesen in einzelnen Fällen zu ersparen. Ein solches Geräth, „Tragbahren-Vehikel“ genannt, ist von Stabsarzt

Eugen Jacoby-Bayreuth in Gemeinschaft mit Helldörfer erbaut worden. Es ist eine Tragbahre, ausgerüstet mit einem umklappbaren Rade, welches unterhalb der Trage wagerecht ruht. Das Rad ist an einem Gabelschaft in einer mit Federn versehenen Hülse befestigt, und sein Mittelpunkt befindet sich, wenn die Tragbahre zum Gebrauch fertig ist, etwa an der Grenze des ersten und zweiten Drittels unterhalb der Trage vom Kopfende gerechnet. Man kann auf engen Wegen mit der Trage fahren, um bei schlechteren Wegeverhältnissen dann das Rad wieder emporzuklappen und die Bahre zu tragen. Bei geeigneten Wegen kann man auch zwei Bahren mit einander verbinden, sodass eine zweirädrige Fahrbahre entsteht, auf welcher zwei Kranke durch einen Mann befördert werden können. Werden drei Bahren neben einander verbunden, so können drei Kranke durch zwei Träger befördert werden, was bei grösseren Unglücksfällen in Fabriken von Werth sein kann. Am Hintertheil des Geräths befinden sich zwei Fusstützen, welche herabgelassen, die Trage in wagerechter Stellung feststellen, sodass sie in Tischhöhe steht und dann auch nöthigenfalls für Ausführung von — natürlich nur kleineren — Operationen zu verwenden ist. Das Rad, die Fussstützen und die Verkuppelungseinrichtung können auch an beliebigen anderen Tragen angebracht werden.

Eine Trage, welcher gleichfalls Räder durch einen Handgriff untergesetzt werden können, ist Ewald's „Krankentransportwagen mit abnehmbarer Schwenkachse", bei welchem zwei Räder unter einen Tragekorb gebracht werden. Der Korb hat gewöhnliche Gestalt und am Unterrande Tragholme. An der Unterfläche befinden sich etwa in der Mitte zwei Blattfedern und vier Füsse aus gebogenem Eisen. Zwei Räder mit Pneumatics sind an einer Achse befestigt, welche zwei rechtwinklige Stäbe trägt, die am Ende hakenförmig auslaufen und an der hinteren Befestigungsstelle der Blattfedern an der Unterfläche des Korbes so eingesetzt werden können, dass die Achse mit den Rädern bei emporgehobener Trage beliebig hin und her geschwenkt werden kann. Entweder die Räder sind von der Trage entfernt, oder sie sind am Kopfende der Trage, wobei die beiden Achsenstäbe mit den Haken wagerecht unter der Trage liegen, oder die Trage wird erhoben, die Räder rollen nach vorn, wobei die Achsenstäbe die Achse soweit den Blattfedern nähern, dass die Achse in die am Unterende der Federn befindlichen Achsenlager hineinschwingt. Die anderen Fahrbahren anhaftenden Uebelstände: dass 1. beim Aufbringen der Bahre auf den eigentlichen Transportwagen, letzterer fest abgestützt werden muss, um die Bahre auf dem Wagen sicher unterzubringen zu können — bei schlechtem Boden (Acker, schlechtem Pflaster) kann dieses Abstützen geradezu zur Unmöglichkeit werden — 2. die Bahre, um dieselbe auf den Transportwagen stellen zu können, hoch über die Räder gehoben werden muss, wozu bei einem schweren Kranken unter Umständen 4 Mann erforderlich sind, abgesehen davon, dass bei ungenügender Beleuchtung des Verbandplatzes ein Fallen der Träger (Stolpern, Ausgleiten im Winter auf

Schnee oder Eis) nicht ausgeschlossen ist, 3. das richtige Aufsetzen der Bahre auf den Transportwagen, Einführen der Bahrenfüsse, Befestigen der Bahre auf dem Wagen etc., Zeit in Anspruch nimmt, die für den Kranken verhängnissvoll werden kann, 4. der Kranke sich bei allen diesen zeitraubenden und umständlichen Manipulationen unnütz aufregt, sollen bei dieser Construction fortfallen.

Es ist nicht zu läugnen, dass die gsnannten Nachtheile bei vielen Räderbahren vorhanden sind.

Von anderen bekannten Systemen von Räderbahren sind noch zu nennen die Fahrbahre von Neuss-Berlin, welche besonderss 1866 bei den Johannitern im Gebrauche war, von Herz-Hannover, Hoffmann-Leipzig und das bereits erwähnte „Ashford Litter“ von John Furley-London. Letzteres ist zweirädrig, hat eine einfache Bahre mit vier Füssen, welche jeder für sich auf und niederzulegen sind, und eine Verdeckvorrichtung, von welcher Soltsien in seinem Vortrage auf dem Samaritertage in Breslau 1900 behauptete, dass sie „fast luftdicht wie eine Glasglocke auf einem Käseteller ruht.“

Eigenartig ist das von Boehm bei der freiwilligen Feuerwehr in Frankfurt a. M. eingeführte Transportgeräth, welches zu den Fahrbahren zu zählen ist. Ein viereckiger Kasten, welcher auf zwei Rädern ruht und in seinem Innern Verbandmaterial enthält, hat auf seinem Obertheil Stützen, in welchen eine oder übereinander zwei Tragbahren befestigt werden können. Die Abbildungen befinden sich in meiner früheren Arbeit.

Die treibende Kraft für die meisten Räderbahren sind Menschenhände, nur wenige werden durch Thiere fortbewegt.

### 2. Krankentransportfahrräder.

Als das Fahrrad als Fortbewegungsmittel bekannter wurde, lag es nahe, es auch für die Krankenbeförderung nutzbar zu machen. In seiner 1892 erschienenen Arbeit „Les secours publics“ macht Rousselet darauf aufmerksam, dass der Graf von Beaufort angeregt habe, für den Krankentransport ein „brancard velocipède“ zu versuchen. Sehr viel später erschien dann das englische Krankentransportfahrrad, bei welchem die Trage zwischen zwei Fahrrädern befestigt wird, sodass die Fahrer zu jeder Seite des Kranken sich befinden. Ich habe dieses vierrädrige Modell, dessen Trage einen Ueberzug hat, dass die Form eines Sarges entsteht, an der mehrfach erwähnten Stelle abgebildet. Jedenfalls ist dasselbe aber noch brauchbarer als diejenigen, bei welchen je ein Fahrer sich vorn und hinten befindet, da hierdurch das Geräth viel zu lang und dadurch zum Befahren belebter Strassen und Umbiegen um Strassenecken weniger brauchbar wird. Man hat sogar dem Arzt einen Platz in sitzender Stellung, wobei die Füsse ausserhalb der Trage sich befinden, unter dem Verdeck der Trage angewiesen, um ihn sogleich bei einem Unfall an Ort und Stelle zu führen und bei der Rückkehr erforderlichen Falls einen Verunglückten von dem betreffenden Platze wegzubringen. Natür-

lich hat dieser Gedanke keinen Anklang gefunden. Ferner kann der hintere Fahrer sich auch nur sehr schwer um den Kranken bemühen, auch wenn die Hinterwand des Verdecks ein Fenster trägt, während die seitwärts vom Kranken sitzenden Begleiter sich beide nach dem Kranken umsehen und ohne abzusteigen ihm behülflich sein können. Ein Fahrradgestell, bei welchem nur ein Fahrer sich vorn befindet, also dem Kranken den Rücken kehrt, ist ganz zu verwerfen. Während die Räderbahren, wo die beiden Fahrer zu beiden Seiten sich befinden, zu breit, diejenigen, wo die Begleiter hinten und vorn sitzen, zu lang sind, ist nach Angaben von Oberst in der Krankenanstalt Bergmannstrost in Halle ein Fahrrad, bei welchem die beiden Fahrer auf derselben Seite hintereinander sitzen. Hierdurch wird bewirkt, dass das Geräth nicht länger als die Trage ist, und ferner, dass es nur um Mannesbreite breiter ist, als eine gewöhnliche Trage. Der vorn befindliche Fahrer hat auf den Weg, der andere auf den Kranken zu achten.

Die Fahrräder für den Krankentransport sind jetzt wohl alle mit Pneumatics versehen. Hierdurch wird eine gute Federung in senkrechter Richtung bewirkt, aber es haften diesem Beförderungsmittel die gleichen Nachtheile an, welche bei den Fahrrädern überhaupt vorkommen. Die Abnutzung der Gummireifen ist eine sehr beträchtliche und die Erneuerung kostspielig. Ferner können mitten auf dem Wege unangenehme Störungen durch Entweichungen der Luft oder Platzen vorkommen, was an diesen Reifen bei gewöhnlichen Fahrrädern nicht allzuselten ist. Auch die Erschütterungen auf nicht ganz ebenen Wegen theilen sich dem Kranken in sehr bemerkbarer Weise mit, so dass diese Beförderungsart, wiewohl sehr einfach aussehend, doch nicht frei von grossen Nachtheilen ist. Das Gleiche gilt in genannten Beziehungen auch von den Räderbahren, deren Räder mit Pneumatics versehen sind. Der einfache Gummibelag eiserner Räder ist vielleicht haltbarer, federt aber nicht so gut und ist auch für das Fortkommen nicht so geeignet, sei es dass es sich um gewöhnliche Räderbahren oder um Fahrbahren mit Fahrrädern handelt.

### 3. Krankenstühle.

Eine besondere Art von Krankenbeförderungsmitteln stellen die Krankenstühle dar. Sie dienen gewöhnlich zur Fortbewegung von Kranken entweder im Zimmer oder in anderen bedeckten Räumen oder auch im Freien, hauptsächlich um Kranke, welche nicht zu Gehen im Stande sind, Gelähmte, frische Luft geniessen zu lassen. Ihre Benutzung hat den Vortheil, dass ein Kranker von seiner Wohnung aus nicht wieder bis zu seiner Rückkehr aus dem Stuhl entfernt zu werden braucht. Bei günstiger Witterung bleibt der Patient eine Zeit lang im Freien sitzen, ohne dass er aus demselben entfernt wird, um ihn auf eine andere Sitzgelegenheit zu bringen. Die Rollstühle haben mit Gummibelag versehene Räder oder auch in neuerer Zeit Pneumatics. Ueber den Rädern befinden sich an den Achsen Blattfedern. Durch Verstellung der Fuss-

bretter und der Rückenlehne kann eine ganz wagerechte oder eine mehr sitzende Haltung des Kranken bewirkt werden.

Die Krankenstühle werden besonders von chronisch Kranken und von solchen, welche ihre unteren Gliedmassen nicht selbstständig benutzen können, gebraucht. Wichtig sind sie auch für Genesende. Zur eigentlichen Bergung von Kranken kommen sie nicht zur Verwendung. Man hat sie jetzt auch mit Vorrichtungen versehen, dass der Patient durch Umdrehung von Kurbeln sich selbst fortbewegen kann. Besonders Personen, welche an den Beinen gelähmt sind, können durch Bewegung von Hebeln mit den Händen ohne fremde Hülfe selbst vorwärts kommen, was natürlich für viele Fälle von Vortheil ist. Nur sind die betreffenden Geräthe etwas sehr kostspielig.

Weiter sind noch als Beförderungsmittel für Kranke

fahrbare Verbandgestelle

zu erwähnen, auf welche der Patient mit der Trage aufgesetzt wird, um meistens im Krankenhause bei ihm einen Verbandwechsel vorzunehmen, oder um den Kranken nach der Operation in sein Zimmer und dort auf sein Lager überzuführen. Man benutzt auch die Verbandgestelle mit oberer Platte als Verbandtische im Krankenhause, um den Patienten von seinem Bett zur Operation beziehungsweise zur Narkose zu bringen. Im Hospitale werden auch zur Beförderung Kranker, welche im Bett liegen und ohne Umlagerung in einen anderen Raum, zum Baden, Operation, Verbandwechsel gebracht werden müssen, „Bettfahrer" gebraucht, von welchen eine grosse Zahl von Modellen vorhanden ist. Der Grundsatz, nach welchem alle gebaut sind, beruht darauf, dass unter das Bett von den Seiten oder von den beiden Enden her oder auch unter das ganze Bett ein mit Rädern versehenes niedriges Rädergestell untergeschoben wird, auf welchem dann das Bett fortgefahren werden kann.

### β) Durch Thiere fortbewegte fahrbare Krankenbeförderungsmittel.

#### 1. Krankenwagen.

Wenn man auch schon im achtzehnten Jahrhundert bemüht gewesen war, die Beförderung Erkrankter etwas besser gegen früher zu gestalten, so ist doch ein Versuch, die Beförderungsmittel selbst zu verbessern, erst gegen Ende des Jahrhunderts gemacht worden. Es ergiebt sich dies recht deutlich aus den Worten des General-Stabs-Chirurgus der Preussischen Armee Joh. Goercke, welcher einen „elastischen Krankentransportwagen" beschreibt und abbildet. Ich habe die Abbildungen in meiner erwähnten Arbeit wiedergegeben und möchte erwähnen, dass sich ein Modell dieses Wagens aus damaliger Zeit in der Sammlung der Kaiser-Wilhelms-Akademie in Berlin befindet. Dieser Wagen, welcher also für den Transport der Verwundeten im Kriege bestimmt war, wird von Goercke so geschildert: „Die Vortheile eines solchen Wagens, welcher

damals 250 Reichsthaler[1]) kostete, sind einleuchtend. Da der Wagen 12 Fuss (also zwei Menschenlängen hat, so sind zur Verkürzung des Wagens die elastischen Federn sehr ingeniös auf den Achsen unter dem Kasten angebracht worden, wodurch zugleich der Vortheil bewirkt wird, dass der Kasten über die Räder hinaus zu stehen kommt und also nach allen Seiten schwingen kann, ohne durch Widerstand Stösse zu erleiden, die den zerschmetterten Gliedern so höchst nachtheilig werden, und auch selbst bei den in nicht nachgebenden Riemen hangenden Wagenkasten nicht verhütet werden können."

Es sind diese Worte aus dem Grunde bemerkenswerth, weil sie eine der sehr seltenen Aeusserungen aus so früher Zeit darstellen, durch welche die Wichtigkeit eines zweckmässigen Krankentransportes anerkannt wird. Ferner lässt sich ersehen, dass in damaligen Zeiten der Wagenkasten zur Vermeidung der Erschütterungen für den Insassen in unnachgiebigen Riemen hing. Diese Art der Aufhängung entspricht also derjenigen, welche noch heute bei den Staatskarossen üblich ist, bei welchen der Wagenkasten an C-Federn in Riemen hängend angebracht ist. Jene Federn waren an den alten Wagen nicht vorhanden. Eine Aufhängung kann niemals eine Federung ersetzen, weil sie nur ein Hin- und Herschwingen des angehängten Gegenstandes, nicht aber eine Federung bewirkt, was in der zu erzielenden Wirkung wohl zu unterscheiden ist. Diese Grundsätze sind auch für die Anbringung der Krankentragen in den Krankenwagen von Bedeutung.

Noch eine andere Aeusserung über Mangelhaftigkeit der Krankenbeförderung in damaliger Zeit ist hier anzuführen. Wendt schildert 1816 dänische Krankentransportwagen: „Es würde für zwei Kranke oder Verwundete beschwerlich und selbst gefährlich seyn, besonders in den heissen Sommer-Monaten, lange in diesen 3 Ellen langen und halb so breiten und tiefen Raum eingeschlossen zu seyn, dessen Seiten keine Polster haben.

Schon im 2. April 1801 suchte ich mir näheren Unterricht über die Einrichtung der dänischen Krankentransportwagen zu verschaffen, die damals, vorkommender Fälle wegen, in den Hof des allgemeinen Hospitales in Kopenhagen gebracht waren. Ich legte mich in einen dieser Wagen, lies alles zumachen und mich ungefähr eine Viertelstunde im Hofe herumziehen. Länger konnte ich es aber, obgleich vollkommen gesund, in diesem engen Raume nicht aushalten".

---

1) Eine in Bezug auf die Vielheit der nöthigen Wagen zwar bedeutende Summe, die aber doch in gar keinem Verhältniss steht zu den unendlichen Qualen und nur zu oft tödtlichen Folgen, mit welchen der Transport schwer verwundeter Vaterlandsvertheidiger auf gewöhnlichen heftig stossenden Wagen unvermeidlich begleitet ist; besonders da es durch eine lange Erfahrung sich als Grundsatz bewährt hat, dass bei der Hälfte, ja selbst bei zwei Dritttheilen der nach Verwundung gestorbenen Krieger, der Tod nicht sowohl die Folge der Verwundung an sich, als vielmehr der nachher eingewirkten schädlichen Einflüsse war, unter denen der Transport auf schlecht eingerichteten Wagen immer zunächst in Anrechnung gebracht werden kann.

Aus diesen beiden Bemerkungen sind an einen Krankenwagen zu stellende Anforderungen erkennbar. Auch die Krankentransportwagen müssen der Sicherheit und Bequemlichkeit der Kranken Genüge leisten. Hierfür sind die Hauptbedingungen, wie ich dies auch bereits vielfach in meinen Schriften dargelegt, dass der Wagen so gebaut und eingerichtet ist, dass Erschütterungen und Stösse den Kranken möglichst wenig belästigen, dass er genügend hoch und geräumig, hell, zu erleuchten, zu lüften und zu erwärmen, und dass sein Innenraum möglichst leicht und sicher zu desinficiren ist. Der Wagen muss ferner von Pferden gut und ruhig zu bewegen sein, die Fenster dürfen nicht klirren, kurz es ist eine Zahl von technischen Erfordernissen beim Bau von Krankenwagen in höherem Maasse zu berücksichtigen als bei dem gewöhnlichen Verkehr dienenden Wagen.

Das Aeussere der Wagen soll möglichst wenig ihre Bestimmung verrathen, damit der Kranke selbst nicht durch die absonderliche Form des Wagens aufgeregt wird, und nicht bei einem Krankentransport vor dem betreffenden Hause eine Menschenmenge sich ansammelt, was wiederum zur Beunruhigung des Patienten beiträgt. Der erste Versuch, einen Krankenwagen zu bauen, welcher äusserlich seine Bestimmung wenig verrieth, wurde bereits 1850 in Hamburg gemacht, wo Wagen hergestellt wurden, welche nach den Abbildungen in der von der Hamburgischen Polizeibehörde herausgegebenen Schrift den Staatskarossen glichen. Der Wagen war in C-Federn aufgehängt, ausserdem befanden sich auf den Räderachsen Blattfedern. Die Länge des Wagenkastens war so bemessen, dass ein ausgestreckter Mensch darin liegen konnte. Im Inneren war auf Polstern ein vollständiges Bettlager hergerichtet, auf welches der Kranke gelegt wurde. Der Patient musste also im Freien von seiner Unterlage entfernt werden, sodass es ziemlich unbequem war, den Kranken in dem hohen Wagenkasten unterzubringen, da im Wageninneren nur der Patient Platz hatte, und für Begleiter kein genügender Raum vorhanden war. Die an den Seiten in Scharnieren beweglichen, in der Mitte zu öffnenden Thüren hatten keine Oeffnungen für Licht und Luft. Reinigung oder gar Desinfection dieses Wagens war mit grossen Schwierigkeiten verbunden, sodass aus allen diesen Gründen der Wagen für neuere Anforderungen nicht genügend war.

Ziemlich viel später wurden in Wien Wagen von Lohner erbaut, welche Kaleschenform hatten und auch in anderen Städten Eingang fanden. Die Wagen in Wien sind in den Veröffentlichungen der freiwilligen Rettungsgesellschaft, welche zum Theil leider vergriffen sind, abgebildet. Ich habe die Abbildungen in der Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde wiedergegeben. Die einzelnen Typen dieser Wagen sind verschiedene. Bei der Berlineform ist der Kutschersitz ohne Zwischenraum am Wagenkasten angebracht, sodass der Innenraum des Wagenkastens unter dem Sitz des Kutschers verlängert ist. Die Krankentrage, auf welcher der Patient liegt, wird entweder von hinten in den Wagen gebracht, indem die Hinterwand nach oben aufgeklappt, und unten

ein Rahmen hervorgezogen wird, auf welchem die Trage in den Wagen hineingeschoben werden kann, oder es wird eine Seitenwand nach oben und unten in der Mitte auseinandergeklappt. Die obere Hälfte wird wie auch im ersten Falle durch Eisenstäbe abgestützt, während die untere wagerecht liegend an der Innenseite mit eingesenkten Gleitschienen versehen ist, auf welchen die Trage aufgesetzt und in das Wageninnere befördert wird. Eine etwas andere Oeffnung hat ein bei der Sanitätswache der Freiwilligen Sanitätshauptkolonne in Nürnberg eingestellter Wagen. Der Obertheil der einen Seitenwand kann auch nach oben aufgeklappt werden, während die untere Hälfte als Thür hergestellt ist, welche dreitheilig nach den beiden Seiten geöffnet werden kann, d. h. die eine Thürseite ist durch ein in der Mitte eingesetztes Scharnier noch in zwei Hälften zusammenzuklappen, damit sie nicht nach Oeffnen des Wagens zu weit hervorragt.

Die zum Herunterklappen eingerichtete Seite ist aussen wie eine Thür hergestellt, sodass nicht zu erkennen ist, dass etwas Besonderes an dem Wagen vorhanden ist, umsomehr als auf der anderen Seite eine gewöhnliche Wagenthür sich befindet, welche von den Begleitern zum Einsteigen benutzt wird. Diese haben neben der Trage genügenden Platz, und zwar kann der eine am Kopf- der andere am Fussende des Kranken einander sich gegenübersitzen. Bei den von hinten zu öffnenden Wagen kommt gleichfalls die Trage auf die eine Seite des Wageninneren, während auf der anderen wie vorher die beiden Begleiter Platz haben.

Aussen haben die Wagen Laternen zu führen, welche auch so gestellt sein können, dass sie gleichzeitig durch geeignete Biegung des Laternenarms ihr Licht durch das nächstliegende Fenster in das Wageninnere werfen. Zu diesem Zwecke ist dann der betreffende Theil des sonst mit Milchglas geschlossenen Fensters aus durchsichtigem Glas hergestellt.

Blattfedern sind auf den Wagenachsen anzubringen. Bei den von Kühlstein-Berlin erbauten Wagen ist der Kasten noch auf besonderen vorn und hinten befestigten Federn aufgestellt.

Gegen die Kaleschenform der Krankenwagen sind Bedenken zu erheben, dass sie im Inneren nicht genügenden Raum bieten, dass die Trage sehr hoch erhoben werden muss, bevor sie die für ihre Länge ausreichende Höhe im Wagen erreicht — wegen der unten abgerundeten Gestalt der Wagen ist die Trage, um genügenden Platz zu finden, höher zu stellen — und ausserdem muss sie bei seitlicher Einlagerung recht hoch über die höheren Hinterräder des Wagens erhoben werden. Kühlstein hat den ersten Fehler abzuändern versucht, indem er, um grösseren Innenraum zu erhalten, den Wagenkasten viereckig gestaltete, sodass ausserdem die Trage auch nicht zu grosser Höhe erhoben werden muss. Um aber dennoch den Eindruck eines Luxuswagens herzustellen, ist aussen am Wagen die unten abgerundete Gestalt, die Form des Wagenschlages und die Thür durch Leisten u. s. w. angedeutet. Der Wagenkasten hat Anstrich wie ein Landauer, während die im Niveau zurück-

tretenden Ecken schwarz gehalten sind, sodass sie ziemlich verschwinden und nur die unten abgerundete Landauerform hervortreten lassen, während der Innenraum voll ausgenutzt werden kann. Der Wagenboden ist so niedrig, dass das Wageninnere von hinten beim Einbringen der Tragen durch zwei nicht hohe Stufen betreten werden kann. Der Kutschersitz ist in der gewöhnlichen Entfernung vom Wagenkasten angebracht, sodass der Innenraum genügende Länge zur Aufnahme der Trage besitzt. Der Raum zwischen Kutscherbock und Wagenkasten ist entweder von innen oder auch von aussen von den Seiten zugänglich und dient zur Aufnahme eines Verbandkastens. Ich ziehe es vor, dass dieser von innen und aussen her erreichbar ist, damit im Nothfalle bei dem Patienten aus dem Kasten Hülfsmittel zur Anwendung gelangen können. Ist der Kasten nur von aussen erreichbar, so muss bei solcher Gelegenheit der Wagen erst halten, ein Begleiter aussteigen und dem Kasten Erforderliches entnehmen. Die Zugänglichkeit des Nothkastens von aussen ist aber auch in solchen Fällen wichtig, wo der Wagen als Rettungswagen mit Arzt und Begleitern ausfährt, diese aussteigen, um an Ort und Stelle Hülfe zu leisten, und dann den Kasten leicht von aussen aus seinem Behälter hervornehmen können.

Um zu hohe Erhebung über die Räder des Wagens zu verhüten, sind in Altona und Stuttgart Wagen erbaut worden, bei welchen die Entfernung der Hinter- von den Vorderrädern so bemessen ist, dass die Trage dazwischen in den Wagen eingebracht werden kann.

Da die betreffenden Wagen theuer herzustellen sind, hat man sowohl in Wien als in anderen Städten auch Krankenwagen von gewöhnlicher Gestalt zur Verfügung, welche in Wien als „Rettungswagen“ bezeichnet werden. Dieselben gleichen mehr den beim Heere gebräuchlichen Kranken- oder Trainwagen. Bei den Wiener Wagen ist die eine Wand nach oben und unten herauszuklappen, während der Zugang der Begleiter durch die Hinterthür erfolgt, welche in gewöhnlicher Art zweiflügelig zu öffnen ist.

Während an den Wagen in Landauerform an den Seiten auch Trittstufen vorhanden sind, wenn dieselben von hinten mit der Trage beladen werden, sind sie bei den Wienern an der Seite, welche aufgeklappt wird, fortgelassen, während auf der anderen Seite eine solche zum Einsteigen vorhanden ist. Bei den Wagen von Kühlstein und den gewöhnlichen viereckig gestalteten, wo die Beladung von hinten durch einfache Thüren erfolgt, sind die Trittbretter hinten befestigt. Je nach der Entfernung des Wagenbodens vom Erdboden sind zwei übereinander oder nur eins erforderlich. Sind zwei nöthig, so muss das untere mindestens eben so lang als das obere sein, ferner muss die Entfernung des unteren vom oberen nicht grösser als die Entfernung des unteren vom Erdboden sein, wie dies bei den meisten Berliner elektrischen Strassenbahnwagen der Fall ist. Setzt man den Fuss auf das untere niedrige Brett auf, so erwartet man eine gleiche Höhe für den zweiten zu machenden Tritt. Ist nun der zweite Schritt höher zu machen, so stösst leicht der Fuss

an, oder strauchelt, was für Träger mit einer Trage bedenklich ist. Damit die Trittbretter möglichst rein bleiben, sind dieselben zum Umklappen einzurichten. Sind zwei Bretter vorhanden, so können sie auch, wie dies bei Equipagen üblich ist, zum Aufeinanderlegen und Umklappen gemacht werden. In das Wageninnere dürfen sie nicht hineingebracht werden, da hierbei Strassenschmutz in den Wagen hineingelangen kann.

Die Thüren und zu öffnenden Seitenwände der Wagen sind häufig mit Stechschlössern verschlossen, die nur von aussen zu öffnen sind. Besser ist es, dass die Schlösser auch von innen geöffnet werden können, da sonst die Insassen des Wagens gefangen sind und diesen nicht eher verlassen können, als bis der Wagen von aussen geöffnet wird.

Sehr wichtig ist die Anlage der Fenster und Thüren am Wagen, da hiervon eine gute Lüftung und Beleuchtung des Wagens sowie bequemes Aus- und Einsteigen abhängt. Soll das Beladen des Wagens von hinten her erfolgen, so muss die seitlich zu öffnende Thür zweiflügelig sein, da eine einflügelige beim Oeffnen zu viel Platz einnimmt. Die Anlage der Fenster ist bei den einzelnen Wagenmodellen sehr verschieden. Man hat die Fenster an den Seitenwänden angebracht, und zwar je eins an jeder Seite oder auch je zwei nebeneinander ohne Zwischenraum oder mit einem solchen. Ferner sind kleine oder grössere Fenster in den beiden hinteren Thürflügeln und auch in der Vorderwand vorgesehen worden.

Für das Aeussere der Wagen kommen ferner noch Bremsen in Betracht, welche wohl bei dem heutigen Strassenverkehr nicht zu entbehren sind, um den Wagen bei plötzlich entstehenden Hindernissen auch möglichst schnell zum Stehen zu bringen. Die Handhabe der Bremsvorrichtung ist an der rechten Seite des Kutschersitzes angebracht. Sehr verbreitet ist die Meinung, dass Gummibelag an den Rädern zur Vermeidung der Erschütterungen für den innen liegenden Kranken beiträgt. Dieser Ansicht ist nicht beizupflichten. Ein Wagen, dessen Räder Gummibelag haben, wird wie ein Ball emporgeworfen, und die hierdurch hervorgerufenen Stösse werden dem im Wagen befindlichen Kranken sehr erheblich mitgetheilt. Die Gummibeläge sind allerdings angenehm, um die Geräusche, welche der Wagen beim Fahren hat, zu mildern. Hiergegen schützt aber in höherem Maasse sorgsame Anfertigung, gute Einfügung der Fenster, sodass Klirren und Nebengeräusche vermieden werden. Im Bericht der Bremenser Feuerwehr von 1894 ist dieser richtige Grund für die Anbringung der Gummiräder erwähnt. Früher glaubte man, dass Bremsen nicht an Rädern mit Gummibelag angebracht werden könnten, da dieser hierdurch zu stark beschädigt würde. Letzteres ist richtig, und daher hat man jetzt die Bremsen an Gummirädern so angebracht, dass sie an der Radnabe angreifen.

In einzelnen Städten haben die Wagen aussen Glocken, welche vom Kutscher zum Tönen gebracht werden können — z. B. in Paris, in London die Wagen der St. John's Ambulance Association, bei welchen

die Glocke an der Seite des Kutschersitzes durch eine mit dem Fuss in Bewegung zu setzende Feder zum Tönen gebracht wird, um entgegenkommende Fuhrwerke zum Ausweichen zu veranlassen. Ich kann einer solchen Einrichtung nur beistimmen, wenn die Glocke dann erschallt, wenn kein Kranker im Wagen sich befindet, der Wagen also schnell an den Bestimmungsort gelangen soll, was ja stets von Vortheil ist. Ist ein Patient im Wagen, so darf kein Klingeln am Wagen ertönen, da dasselbe den Kranken in empfindlicher Weise stören kann. Vielleicht könnten sichtbare Zeichen am Wagen angebracht werden, welche, nur wenn der Patient bereits im Wagen sich befindet, eingestellt werden (damit der Kranke durch ihren Anblick nicht aufgeregt wird).

Ganz besonders ist hervorzuheben, dass grelle Farben (in Berlin sind die Wagen einer Körperschaft für erste Hülfe sogar weiss angestrichen) für den Anstrich von Krankenwagen durchaus vermieden werden sollen, weil solche für den Kranken niemals angenehm wirken. Rothe Kreuze von den Abmessungen, wie sie die Krankenwagen in Berlin tragen, sind aus dem gleichen Grunde entbehrlich. In Leipzig, Wien, Budapest ist aussen am Wagenschlag das Wappen der betreffenden Rettungsvereinigung, in London das Wahrzeichen des Metropolitan Asylums Board, des städtischen Gesundheitsamtes, angebracht, die Wagen selbst sind an allen Orten, welche ich besucht, dunkelfarbig gemalt. Eine einzige Ausnahme machen die oben erwähnten Wagen in Berlin, welche aber wenigstens der Umgebung erheblich auffallen.

Ob Krankenwagen ein- oder zweispännig gefahren werden, richtet sich nach der zurückzulegenden Entfernung. Bei Fahrten auf dem Lande oder von einer Stadt über Land wird man zwei Pferde benutzen, während bei kürzeren Entfernungen wohl ein Pferd genügt. An Krankenwagen für Städte wird stets eine Vorrichtung zu treffen sein, um entweder ein oder zwei Pferde anzuschirren.

Für das Wageninnere ist besonders zu beachten, dass dasselbe genügend Raum für den Kranken und seine Begleitung bietet, dass die Trage oder sonstige Unterlage, auf welcher der Kranke sich befindet, so im Wagen aufgestellt wird, dass Erschütterungen dem Kranken möglichst wenig mitgetheilt werden, dass Lüftung, Beleuchtung, Erwärmung, des Wagens stattfinden kann, und dass die Wände, Decken und Fussböden gut desinficirt beziehungsweise gereinigt werden können.

Die Maasse des Innenraums des Krankenwagens richten sich häufig nach dem für den Wagen verfügbaren Raum, wo derselbe eingestellt werden soll. Jedenfalls muss der Innenraum länger als 2 Meter sein, um bequem eine Tragbahre aufnehmen zu können, welche ja jetzt meistens in den Krankenwagen als Unterlage der Kranken dient. Bettstellen oder andere Geräthschaften werden hierfür kaum noch verwendet. Da eine Trage mindestens 75 cm Breite haben muss, ist die Breite des Wagens innen wenigstens auf 125 cm zu bemessen, damit die Trage bequem eingebracht werden, und neben ihr Begleiter Platz nehmen können. Die Lüftung geschieht durch die Fenster in ausreichender Weise,

jedoch kann dieselbe auch durch Dachreiter erfolgen, wie dies bei den Wagen einzelner Städte der Fall ist. Da, wie noch darzulegen sein wird, besonderer Werth auf die glatte Gestaltung des gesammten Wageninneren zu legen ist, so ist die Anlage der Fenster auch nach dieser Richtung sehr genau herzustellen. Sie müssen so eingelassen werden, dass die Scheibe nicht nach aussen, sondern nach innen glatt anliegt und daher auch der Rahmen des Fensters sich aussen befindet. Wände, Decke und Fussboden sind möglichst glatt zu gestalten, die aneinanderstossenden Theile der Wände und Decke sind abzurunden. Diese selbst werden mit einem abwaschbaren Oelfarbenanstrich versehen, der Fussboden mit Linoleum belegt. Man hat, um glatte Wände zu erzielen, diese an manchen Orten — Altona, Wien — mit Zinkblech ausgeschlagen. Viel einfacher ist das Verfahren des Anstriches und auch zweckmässiger, da bei der Belegung mit Metall doch immer Absätze entstehen, welche zur Ablagerung von Unreinlichkeiten Veranlassung geben. Im Inneren des Wagens ist eine Vorrichtung herzustellen, mit welcher es den Insassen ermöglicht ist, sich nach aussen zum Kutscher bemerkbar zu machen. Man kann durch eine kleine Oeffnung in der Vorderwand eine Schnur ziehen, welche zum Kutscher verläuft, oder das Fenster in der Vorderwand zum Oeffnen einrichten, um ohne Weiteres mit dem Kutscher in Verbindung zu treten.

Die Beleuchtung des Wageninneren ist niemals zu unterlassen. Sie kann geschehen, wie dies bereits oben angedeutet ist, oder in einer Weise, welche ich in einem für die Stadt Kiel bestimmten Krankenwagen angegeben, wo die Beleuchtung ähnlich wie in den Strassenbahnwagen angeordnet ist. Der Laternenkasten befindet sich aussen am Wagen, während das Licht nach innen durch eine Glasscheibe fällt, welche glatt in die Innenwand eingelassen ist. Diese Anordnung findet sich auch in dem neuen Wagen von Stuttgart, während beim Krankenwagen in Altona das Laternenglas tiefer eingesetzt ist, sodass es sich nicht im Niveau der Wand befindet.

Um eine zu grelle Beleuchtung für den Kranken abzublenden, wird von aussen zwischen den Laternenkasten und Wagenwand in einen Falz eine grüne Glasscheibe eingeschoben, um eine innen anzubringende Gardine zu vermeiden. In den Wagen der St. John Ambulance Association in London befindet sich ein kleiner Stromsammler mit einer beweglich befestigten Glühlampe, welche gestattet, Beleuchtung nach Bedarf an verschiedene Stellen des Wagens zu bringen. Die Mitführung grösserer Accumulatoren aussen am Wagen mit Leitung nach innen oder im Inneren des Wagens ist wegen der Schwere dieser Apparate nicht empfehlenswerth.

Das in Eisenbahnwagen verwendete Oelgas wird meines Wissens nirgends in Krankenwagen gebraucht.

Schwieriger gestaltet sich die künstliche Erwärmung eines Krankenwagens in kalter Jahreszeit, welche allerdings von Einzelnen für nicht erforderlich gehalten wird. Ich halte dieselbe für durchaus nothwendig und für die Behaglichkeit des Kranken für unentbehrlich. Sie ist in den

Wagen mancher Städte, wie wir noch sehen werden, auch vorhanden. Wie sie einzurichten, ist schwierig zu entscheiden, da der relativ kleine Raum des Wagens mit einer Wärmequelle versehen sein muss, welche nicht eine unerträgliche Hitze ausströmt, aber doch vom Kranken angenehm empfunden wird. Man muss hier die in anderen Fortbewegungsmitteln für Gesunde angewendeten Heizvorrichtungen in Betracht ziehen, also in den Strassenbahnwagen, Droschken oder Eisenbahnwagen. Sowohl die geheizte Droschke, als der geheizte Strassenbahnwagen haben sich noch nicht bewährt. In neuester Zeit wurden in Berliner Strassenbahnwagen Versuche mit Heizung durch Electricität, die auch zur Fortbewegung dient, gemacht. Die Heizvorkehrungen der Eisenbahnen sind auch nicht ohne Weiteres anwendbar, da hier noch mancherlei Versuche gemacht werden, deren Ergebnisse noch nicht abgeschlossen sind. Natürlich sind die Verhältnisse für den Krankenwagen nicht die gleichen wie für ein Eisenbahnabtheil. Immerhin erscheinen wohl auch Versuche mit der Warmwasserheizung geboten, welche in eisernen Röhren am Boden des Wagens angeordnet werden könnte. Durch Ueberzug mit schlechtem Wärmeleiter könnte wohl eine Warmhaltung auf etwa $^1/_2$ Stunde erzielt werden, welche — wenigstens für viele Transporte in der Stadt — ausreichend sein dürfte.

Ich habe bereits 1894 empfohlen, die Wände der Wagen, welche coupéeartig gebaut sein sollten, mit Ledertuch zu versehen oder aus glattem, polirtem Holz herzustellen. Auch die Sitze im Wagen sollen in dieser Weise verfertigt werden. Drei Jahre später habe ich Wagen in London kennen gelernt und sie auch in meiner bereits oben erwähnten Arbeit abgebildet, welche genau in letzterer Weise hergestellt sind. Da ich damals ohne Kenntniss der Londoner Wagen diese Forderung für die Einrichtung aufgestellt, so will ich aus meiner Schrift, welche eine Beschreibung der Englischen Wagen enthält, diese hier anführen.

„Die Wagen selbst sind grösstentheils elegante Equipagen — diese neuere Form ist seit etwa sechs Jahren im Gebrauch —, welche eine seitlich von hinten zu öffnende Thür besitzen, durch welche der Kranke auf der Trage eingebracht wird. Ferner sind zwei seitliche Thüren vorhanden, durch welche eine Nurse und auch ein Arzt sich zum Kranken hineinbegeben können. Bei allen Transporten vonKranken bis zum zehnten Lebensjahre fährt nur eine Nurse mit, von diesem Alter an auch noch ein neben dem Kutscher postirter männlicher Begleiter. Unterhalb der seitlichen Thüren befindet sich jederseits ein aufklappbares Trittbrett, welches beim Oeffnen der Thüren selbstthätig herunterklappt.

Dass Innere der coupéeförmig gebauten Wagen gleicht vollkommen dem von Equipagen, nur sind Wände und Bänke aus polirtem Holz hergestellt, d. h. vollständig glatt und ohne jede Polsterung oder Stoffbekleidung.

Der Zwischenraum zwischen den beiden Sitzbänken wird auf einer Seite des Wagens durch ein herausnehmbares Holzbrett ausgefüllt und auf diese so hergestellte Längsbank die Trage mit dem Kranken gesetzt.

Die auf der anderen Seite des Wagens übrig bleibenden Sitze sind für die Nurse und sonstigen Begleiter bestimmt. Aeusserlich sind die Wagen dunkelgrün lackirt, im Obertheil der Thüren sind Fenster aus durchsichtig weissem Kathedralglas eingefügt, welches genügend Licht in das Innere des Wagens hindurchlässt, ohne dass von aussen die darin befindlichen Personen und Gegenstände deutlich erkennbar sind. Am Kutschbock befindet sich als Zeichen in sehr kleinem Maassstabe der Anfangsbuchstabe der betreffenden Station (B. W. etc.) mit der Nummer des Wagens, umgeben von der Schnalle des Hosenbandordens mit den Worten: „Metropolitan Asylums Board.“ An jeder Seite des Bockes ist eine Wagenlaterne. Rothe Kreuze oder sonst auffällige Zeichen, welche diese Wagen besonders kenntlich machten, fehlen vollkommen. Jeder Wagen hat an den Hinterrädern Bremsen und wird je nach der zurückzulegenden Entfernung von einem oder zwei Pferden fortbewegt.

Die Lüftung dieser Wagen geschieht durch unterhalb der Decke befindliche Oeffnungen, die mit schrägen, dachziegelartig angeordneten Einsätzen zur Abhaltung directen Luftzuges versehen sind.“

Ausserdem sind noch andere Arten von Wagen vorhanden, welche ich gleichfalls a. a. O. beschrieben.

„Das Aeussere der Wagen in Omnibusform ist dem der eben beschriebenen im Grossen und Ganzen ähnlich. Die Seitenwände dieser Wagen sind geschlossen, haben je zwei nebeneinander liegende Fenster, die Hinterthür des Wagens wird in der Mitte geöffnet. Eine Trage kann auf dem Boden auf Blattfedern aufgesetzt werden (für Typhuskranke), eine zweite hat über der ersten Platz und wird auf fest angebrachten Schienen eingeschoben. Die Obertheile der Wände sind mit schräg verstellten Oeffnungen versehen, ausserdem ist auf der Decke ein dachreiterartiger Aufsatz zur Lüftung angebracht. Auf dem Fussboden liegen Gummidecken. Neben dem Kutschbock befinden sich zwei Laternen.

Bei jedem Transport wird ein Erfrischungskasten aus Metall mitgeführt, welcher Cognac, Wein, Milch und Wasser für den Patienten enthält.

Die dritte Wagenart ist zur Beförderung von Reconvalescenten bestimmt. Es sind Omnibusse, welche äusserlich den eben beschriebenen gleichen. Die Dachreiterlüftung fehlt, die obere Wagendecke trägt aussen am Rande ein eisernes Gitter. Im Inneren sind einander in der Längsrichtung gegenüberliegende Holzbänke für die Insassen hergestellt.

Je nach der zurückzulegenden Entfernung werden auch diese letzteren Wagen mit einem oder zwei Pferden bespannt. Zur Beförderung von Pockenkranken aus ihren Häusern müssen stets besondere Krankenwagen benutzt werden.“

1894 habe ich bereits auch angeführt, dass die Beförderung von Kindern in den grossen Transportwagen besonders für die Angehörigen Unzuträglichkeiten habe, da kleine Kinder vielfach auf den Armen oder

dem Schosse ihrer Angehörigen oder Pflegerinnen befördert werden können, und daher besondere Wagen zum Sitzen für die Beförderung kranker Kinder bereit gehalten werden müssten. In Wien, wo früher solche Wagen vorhanden waren, hat man jetzt von ihrer Benutzung Abstand genommen. Ganz angebracht würde es sein, im Wagen für solche Zwecke einen Stuhl aufzustellen — vielleicht aus Metall, wenn ein Kind mit ansteckender Krankheit befördert werden soll — auf welchem die Mutter oder Begleiterin Platz nimmt.

Die wichtigste Sorge um die Person des Kranken bei seiner Beförderung besteht in Vermeidung der Erschütterungen. Diese sollte stets durch im Innern des Wagens angebrachte Vorrichtungen geschehen, denn die aussen vorhandenen Vorkehrungen wirken hauptsächlich auf den Wagenkasten, während Gegenstände im Inneren nicht direkt von ihnen betroffen werden. Aus diesem Grunde sollen ausser den an den Rädern vorgesehenen Federn noch Vorkehrungen zur Verringerung der Erschütterungen im Innern vorhanden sein. Die bisher angegebenen Maassnahmen sind sehr verschiedener Art und in einzelnen Städten nach besonderen Gesichtspunkten angeordnet. Bei fast allen waltet die Absicht ob, die in senkrechter Richtung erfolgenden Stösse und Erschütterungen zu mildern, in einzelnen Fällen sind auch Maassnahmen gegen wagerechte Stösse angebracht, ohne dass jedoch zu erkennen ist, dass ein durchdachter Grundsatz bei der Herstellung dieser Vorkehrungen gewaltet hat. Ich habe wohl als erster in einer früheren Arbeit auf die einzelnen Arten der bei einem gewöhnlichen Krankenwagen erfolgenden Stösse aufmerksam gemacht, welche zum Theil bei Eisenbahnwagen bereits beschrieben sind, aber sich bei jedem fortbewegten Fuhrwerk in mehr oder weniger ausgeprägter Weise finden:

„Die Bewegungen eines Körpers im Raume verlaufen im Allgemeinen als geradlinige und als Drehbewegungen. Die beim Krankentransport vorkommenden Erschütterungen des Kranken setzen sich aus diesen Bewegungen, beziehungsweise deren Resultanten (nach dem Gesetz des Parallelogramms der Kräfte) zusammen. Die geradlinigen Bewegungen finden in der Richtung der drei Coordinaten des Raumes statt. Die bei Krankentransportwagen vorkommenden Bewegungen setzen sich zusammen aus:

1. senkrecht gerichteten Bewegungen, Federbewegungen des Wagens (Blattfedern), (der technische Ausdruck für diese Bewegung eines Wagens ist Wogen);

2. wagerecht gerichteten Bewegungen (technisch Zucken). Dieselben bestehen aus:

a) unbeabsichtigtem Spiel der Federn, welches durch Dehnung einseitig befestigter Federn bedingt ist,

b) ungleichmässiger Geschwindigkeit der treibenden Kräfte,

c) Unebenheiten des Weges,

welche letztere beide eine ungleichmässige Beschleunigung des Fahrzeuges bedingen;

3. horizontal gerichteten Bewegungen (technisch Wanken), welche senkrecht zur Richtung der vorigen verlaufen. Diese setzen sich theoretisch aus einzelnen Drehbewegungen zusammen, deren Drehpunkt an der Berührungsstelle des Rades mit dem Erdboden gelegen ist; praktisch können sie als horizontale geradlienige Bewegungen angesehen werden.

Die Drehbewegungen finden um die drei Coordinatenachsen des Raumes statt. Die Drehbewegungen des Krankentransportwagens gehen um dessen Schwerpunkt vor sich, welcher den Schnittpunkt der drei Coordinaten darstellt. Die Lage des Schwerpunktes schwankt je nach der Belastung des Wagens. Die Drehbewegungen erfolgen also:

1. um die Längachse (diese waren bereits in der dritten Gruppe der geradlinigen Bewegungen erwähnt);

2. um die auf der Längsachse senkrecht stehende Wagerechte (technisch als Nicken bezeichnet));

3. um die auf der Längsachse senkrecht stehende Vertikale (Schlingern).

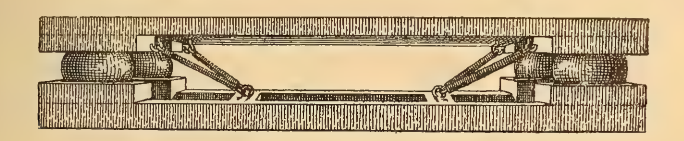
Die Uebertragung der Erschütterungen des Wagens auf den zu befördernden Menschen wird prinzipiell dadurch verhindert, dass der zu transportirende Körper entschieden elastisch im Raume angebracht wird. Die bisher bekannten und angewendeten Mittel haben die geradlinig erfolgenden Erschütterungen wohl verringern können, aber nicht genügend die in Folge der Drehbewegungen auftretenden Schwankungen berücksichtigt, zu deren Einschränkung es erforderlich wäre, die Last dem Schwerpunkt des Wagens möglichst zu nähern. Aus praktischen Gründen ist dieses nicht immer ausführbar, so dass andere Mittel zur Erreichung der Abschwächung der durch Drehung hervorgerufenen Stösse ersonnen werden müssen."

Merke hat zur Vermeidung der Erschütterungen im Inneren des Wagens eine Neueinrichtung geschaffen. „Er setzt nämlich (allerdings ohne Berücksichtigung des Schwerpunktes des Wagens) das Transportmittel mit dem darauf oder darin befindlichen Kranken auf eine im Wagen schwebende Bühne, welche an Federn enthaltenden Drähten hängt, während an den Seiten der Bühne angebrachte Puffer die nach den verschiedenen geraden Richtungen erfolgenden Stösse mildern. Wiewohl diese Bauart wohl besser als die sonstigen die Erschütterungen für den Beförderungen abzuschwächen im Stande ist, so sind doch dabei nicht die Drehbewegungen berücksichtigt, und ich kann nur sagen, dass bisher bei keiner einzigen Vorrichtung an Tranportwagen dieses genügend oder überhaupt geschehen ist." (Vor kurzer Zeit hat Merke sein System verändert. Die Aufhängung des Tragbodens ist beibehalten, an seiner Unterseite sind Eisenstäbe befestigt, die durch den Wagenboden beweglich hin- und hergleiten und eine besonders angeordnete Führung haben.)

Ich habe den Tragboden im Innern des Wagens federnd auf hohlen Gummikugeln von beträchtlicher Wandstärke aufgestellt. Die Kugeln ruhen in flachen Schalen und bewegen sich gegen Schalen von grösserem

Durchmesser an den vier Ecken des Tragbodens, Zugfedern in der Diagonale des Tragbodens an seinen vier Ecken vereinigen sich an verschiedenen Punkten unterhalb des Tragbodens an einem Rahmen. Sie verhindern bei zu starker Belastung der einen Seite ein Emporkippen des Tragbodens auf der anderen und bewirken, dass die Kugeln nach jeder Entfernung aus ihrer Gleichgewichtslage wieder an den tiefsten Punkt

Abbildung 4.



Elastisches Gestell für Krankentransport nach George Meyer.

der Schalen zurückkehren. Die elastische Lagerungsvorrichtung kann in beliebigen, z. B. Eisenbahn-, Last-, Leiter-, Landwagen, Aufstellung und daher auch besonders zur Bereithaltung in kleinen Ortschaften, auf dem Lande und bei Massenunglücksfällen Verwendung finden. Das Lager mit dem Kranken wird auf dem oberen Brett aufgestellt. „Bringt man in einem Krankenwagen mehrere Tragböden zu einer Unfallsstelle, so können nach Anbringung des einen in bereitstehendem Wagen mit den übrigen andere gerade vorhandene Fuhrwerke ausgerüstet werden. Befestigt man letztere dann an dem ersteren, so können mit der Bespannung dieses gleichzeitig mehrere Verletzte befördert werden. Das Geräth ist auch leicht zu reinigen und zu desinficiren."

Ferner kann das Geräth leicht aus dem Krankenwagen entfernt werden, sodass dieser dann ausgiebig ohne jede Behinderung desinficirt werden kann.

Ausserdem ist auch gegen die Aufhängung der Bühne im Wagen geltend zu machen, dass die von der Decke herabhängenden Gurte beim Einladen des Kranken störend wirken können, und dass sie, weil sehr sichtbar, beim Patienten keinen sehr angenehmen Eindruck hervorrufen. Bei der neuen Einrichtung von Merke muss ferner der Boden des Wagens durchbohrt werden, und ihre Entfernung aus dem Wagen ist im Vergleich zu der Herausnahme meines Gestelles schwieriger, abgesehen davon, dass nicht ohne weiteres die gleiche Einrichtung in verschiedenen Krankenwagen und Wagen aller Art benutzt werden kann, wie mein elastisches Gestell.

Die bereits oben erwähnte Aufhängung der Tragen an Gurten oder auch elastischen Riemen kann eine Federung niemals ersetzen, auch nicht wenn unten an den Riemen Gummiringe und an den Wänden oder an den Enden der Tragholme Gummipolster befestigt werden, von welchen die Trage elastisch abprallen soll, wie dies in Wien vorgeschlagen ist. Man muss eben berücksichtigen, dass die Erschütterungen nicht alle nach

einander erfolgen, sodass dann jede einzelne Einrichtung nacheinander in Kraft treten kann, sondern dass die Erschütterungen sich aus den Resultanten aller einzelnen oben genannten Dreh- und geradlienigen Bewegungen zusammensetzen, welche durch federnde Kugeln unwirksam gemacht werden können.

Das Gleiche gilt auch von der eigenartigen Anbringung der Tragen in den Patrolwagen der Gamewell Fire Alarm Telegraph Company in New York, welche als polizeiliche Rettungswagen benutzt werden. Sie sind gestaltet wie unsere offenen kleinen Marktwagen mit in der Längsrichtung gegenüber gestellten Sitzbänken und werden auch zur Beförderung von Verbrechern benutzt. Zur Transportirung Verunglückter werden 4 Ständer zwischen den Sitzbänken aufgestellt, an welchen Spiralfedern zur Befestigung der Trage hängen (Abbildung siehe in meiner früheren Arbeit).

Während in den Wagen nach Wiener System meistens die Tragen an Gurten im Inneren aufgehängt werden, hat man auch versucht, die Tragen federnd aufzustellen. So wird in Paris die Trage auf einer Holzplatte aufgesetzt, unter welcher blattfedernartige Gebilde zum Wagenboden verlaufen. In Berlin sind in einzelnen Wagen viereckige Rahmen vorhanden, an deren Ecken Hülsen mit Spiralfedern aufgestellt sind, in welche die Füsse der Krankentragen hineinpassen.

Eine eigenartige Construction nach Angabe von John Furley besteht in den Wagen der St. John Ambulance Association, wodurch im Nothfalle in jedem Wagen drei Kranke liegend befördert werden können. Im Wageninneren befindet sich an der linken Seite ein eiserner Rahmen derartig auf vier Füssen beweglich aufgestellt, dass letztere parallel zu einander mit dem auf ihm ruhenden Rahmen in ihrer ganzen Länge schräg emporgehoben und senkrecht aufgestellt werden können. Auf diese Weise kann über der untenstehenden Trage eine zweite und neben ihr eine dritte aufgestellt werden. Irgend welche Vorrichtungen zur Minderung der Stösse für die Trage sind im Wagen nicht vorgesehen. In den städtischen Krankenwagen für die Beförderung von ansteckenden Kranken in London wird die Federung gegen Erschütterungen durch die oben beschriebenen Luftkissen auf den Holztragen bewirkt.

An den Seiten offene Wagen sind gleichfalls vielfach besonders als Rettungswagen oder zum Transport von nicht ansteckenden Kranken im Gebrauch. Segeltuchgardinen sind zum Verschluss der Oeffnungen vorgesehen. Dergestalt sind die Amerikanischen Wagen gebaut, welche im Krankenhause untergebracht sind und auf Anruf an die betreffende Unfallstelle sich begeben. Die zu Kriegszwecken erbauten Wagen sind in zahlreichen Modellen vorhanden und haben in jedem einzelnen Lande verschiedene Gestalt, was sich auch vielfach nach den geographischen Lageverhältnissen des Landes selbst richtet. Bemerkenswerth sind von Lagogué-Alençon erbaute Wagen, welche auch auf der Pariser Weltausstellung 1900 sich befanden. Dieselben sind auf allen Seiten offen, zweirädrig, zur Beförderung von 3 übereinanderliegenden Kranken ein-

gerichtet. Im oberen Theile geöffnet ist auch der für 4 liegende Kranke verfertigte zweirädrige Krankenwagen des Fürsten Lvoff, der gleichfalls in Paris ausgestellt war. Der letztere Wagen ist für Kriegszwecke bestimmt.

Im Allgemeinen ist zu sagen, dass sich in Städten offene Krankenwagen nicht zur Beförderung von Kranken eignen, da sie die Kranken den Witterungsverhältnissen und den Blicken der Umgebung preisgeben. Für das Land liegen allerdings die Verhältnisse anders, da ja nicht in kleineren Ortschaften oder Dörfern überall Transportwagen zur Verfügung stehen können. Hier gelangen Aushülfsmittel, welche noch bei der allgemeinen Einrichtung des Krankentransportwesens zu erörtern sein werden, zur Verwendung.

Die verschiedenen Arten der Beförderungsmittel (für Verwundete) beurtheilt Port in folgender Weise: „Wenn die Krankentragen wegen der Sanftheit der Beförderung die Note „sehr gut" und die Krankenwagen wegen ihrer etwas geringeren Sanftheit die Note „gut" verdienen, so kommt unserer dritten Gattung von Transportmitteln, den Landwagen, unbedingt die Note „schlecht" zu." Dieses Urtheil des hervorragenden Militärarztes ist von Interesse, als sich darin der grosse Unterschied des Heeres- und Civilkrankentransportwesens deutlich kund giebt. Denn gerade für die Friedensverhältnisse sind andere Bedingungen zu erfüllen als für die Verhältnisse des Krieges. Ich möchte diese hier etwas eingehender darlegen, da darnach die für die noch zu schildernden Beförderungsarten geltenden Grundsätze ohne Weiteres sich herstellen lassen.

Im Frieden sind Beförderungsmittel in genügender Zahl in den Städten und sogar auch möglicher Weise auf dem Lande nicht allzu schwer in Bereitschaft zu halten, oder für den Einzelfall oder auch bei Massenunfällen auf dem flachen Lande zu improvisiren. Ganz anders im Kriege, wo nach einer Schlacht besonders in den grossen Zukunftskriegen wohl niemals eine genügende Zahl von Transportmitteln für die Verwundeten vorhanden sein kann. Hier wird man also manche von den Eingangs an die einzelnen Transportmittel und die Art des Transportes überhaupt gestellten Anforderungen fallen lassen müssen. Man wird sich ja selbstverständlich bemühen auch nach der Schlacht im Kriege die Tragen, Wagen etc., welche gerade zur Verfügung stehen, so bequem als möglich zu gestalten. Aber im Kriege kommt die Schnelligkeit des Transportes sehr viel mehr in Frage und viel häufiger, als dies gewöhnlich bei Beförderung von Kranken im Frieden der Fall ist. Auch die mitgeführten Krankenbeförderungsmittel haben ganz andere Bedingungen im Kriege als im Frieden zu erfüllen. Neben den für den Frieden geltenden Anforderungen ist vor allen Dingen noch grössere Haltbarkeit der Transportmittel, noch grössere Sicherheit für den Patienten vor dem Herausfallen und schnelle und sichere Reinigungs- bezw. Desinfectionsfähigkeit Bedingung. Man stelle sich nur einmal den Bau und die Räder eines für die Friedenszwecke gefertigten Wagens vor und vergleiche hiermit die gleichen Verhältnisse der Militärkrankenwagen,

welche auf schlechtesten Wegen und unter schwierigsten äusseren Verhältnissen fortbewegt werden müssen.

Es ist daher ohne Weiteres aus den verschiedenartigen Anforderungen an die Krankenbeförderung beim Heere im Kriege und in Civilverhältnissen auch klar, dass das genannte Urtheil Port's über die einzelnen Beförderungsmittel nicht für die civile Krankenbeförderung Gültigkeit hat. Für letztere, d. h. in Städten und auf ebenen Wegen wird stets — vorläufig wenigstens — der von Pferden gezogene Krankenwagen das beste Beförderungsmittel sein. Einen Ersatz können einigermaassen die Räderbahren bilden, während Krankentragen natürlich für die Beförderung im Wagen nicht zu entbehren sind oder entbehrt werden sollten, aber als alleiniges Transportmittel in einer Stadt nicht oder nur in Ausnahmefällen in Frage kommen können. Ganz anders verhält sich die Krankenbeförderung unter anderen geographischen Verhältnissen, in gebirgigen Gegenden oder auf dem Wasser, wo ja von Beförderung in Krankenwagen mit Pferden keine Rede sein kann.

Die Beschreibung der Einrichtung des Krankentransportdienstes in der Stadt und auf dem Lande mit besonderer Rücksicht auf die Beförderung in Krankenwagen wird zuletzt erfolgen.

Im Anschluss an die Krankenwagen sind noch

2. Schlitten

zu besprechen, welche eine sehr schonende Art der Beförderung gestatten. Sie sind in einzelnen Gegenden, welche einen grossen Theil des Jahres Eis haben, nicht ausser Acht zu lassen. Man kann sehr gut in einem Schlitten einen Kranken befördern, indem man ihn günstig auf Stroh lagert, sorgsam einwickelt und einen Begleiter hinter oder neben ihm ausserhalb des Wagenkastens Platz nehmen lässt. Ueber dem Kranken wird über Fassreifen oder sonstigen Bügeln ein Verdeck ausgespannt und vom Ende desselben bis an das Fussende ein Plan gedeckt. Auf diese Weise kann man den Kranken gegen Kälte, Nässe und Wind schützen. Ein solcher Schlitten ist als Krankentransportmittel stets erst zu improvisiren, da er für gewöhnlich solchen Zwecken nicht dient. Man kann auch den Kasten eines Wagens, welcher sonst nicht als Schlitten benutzt wird, als solchen herstellen, indem man einen gewöhnlichen Wagen von seinen Räderachsen entfernt und auf ein paar glatt gehobelten Stangen oder Eisenstäben befestigt.

Wichtig ist noch die Frage der Art der Desinfection der Krankentransportgeräthschaften. Die Desinfection der Krankentragen und auch Räderbahren ist, wenn diese nach den richtigen Grundsätzen, zu welchen, wie wir gesehen haben, auch die leichte Möglichkeit einer ausgiebigen Desinfection gehört, hergestellt sind, nicht schwer auszuführen. Die Holz- und Metalltheile der Tragen sind wie auch die Bezüge aus Ledertuch durch Abwaschen mit desinficirenden Lösungen gut zu desinficiren. Sind Segeltuch- oder Leinewandlager an den Tragen vorhanden, so können diese in strömendem Wasserdampf desinficirt werden.

In ähnlicher Art ist die Desinfection der Räderbahren vorzunehmen. Ist ein Verdeck über der Trage, so ist es, falls es fest gebaut ist, innen abzuwaschen. Ist es dagegen zusammenzulegen, so kann es unter Umständen auch in strömendem Wasserdampf desinficirt werden.

Nicht so einfach ist die Desinfection der Krankenwagen. Sie wird in den einzelnen Grossstädten in sehr verschiedener Weise ausgeführt. Das Innere der Wagen in Wien, welche mit Blech ausgeschlagen sind, wird nach dem Transport mit einer Carbollösung abgewaschen. Auch in Altona haben die Krankenwagen im Inneren Blechüberzug. In Paris benutzt man zur Desinfection des Inneren der Wagen der Ambulances municipales den Sublimatsprühregen, in England wird das mit polirtem Holz belegte Wageninnere mit Carbolseifenlösung gewaschen, in Berlin werden die Wagen in der städtischen Desinfectionsanstalt nach der dort geltenden Vorschrift desinficirt. Ich habe sogleich nach Erscheinen der ersten Versuchsergebnisse mit dem Formaldehyd dieses zur Desinfection der Krankenwagen vorgeschlagen. Nach den jüngsten Versuchen mit dem Mittel ist wohl auch kein Zweifel, dass es hierfür sehr geeignet ist. Auf der Naturforscherversammlung in München 1899 wurde hervorgehoben, dass das Formaldehyd zur Desinfection der Wohnungen sehr gut sich eignet, indem es eine ausreichende Oberflächendesinfection ermöglicht. Alle Gegenstände mit Falten, Gewebe, welche in dem betreffenden Raum vorhanden sind, werden in strömendem Wasserdampf desinficirt. Ganz ähnlich würde sich das Desinfectionsverfahren bei den Krankenwagen gestalten und jedenfalls bequemer sein, als die sehr zeitraubende Desinfection, wie sie in Berlin stattfindet. Ferner muss die Desinfection im Krankenhause, zu welchem der Kranke gebracht wird, geschehen, was mit dem geschilderten Formaldehydverfahren sehr leicht und bequem ausführbar ist. Es ist auch besser den durch den Transport inficirten Wagen nicht erst weite Wege zurücklegen zu lassen, sondern die Desinfection an Ort und Stelle vorzunehmen. Ich habe früher dargelegt, dass ich eine Desinfection der Krankenwagen nach einem jeden Transport eines Kranken für erforderlich hielte, da man auch bei der Beförderung eines Verletzten oder nicht ansteckenden Kranken nicht wissen könne, ob nicht in dem Haushalte, aus welchem der Patient stammt, eine ansteckende Krankheit herrscht, sodass Krankheitskeime an dem Anzuge oder der Wäsche des Kranken haften können, welche in den Krankenwagen gelangen, und dann zur Verbreitung der Krankheit Anlass geben können. Ist Desinfection nach jedem Transport auch nicht immer erreichbar, so wird man schon mit der Desinfection der Wagen nach dem Transport ansteckender Kranker zufrieden sein müssen, obwohl es eine grosse Zahl von Fällen giebt, wo die Natur der Erkrankung noch nicht festgestellt ist, wenn der Kranke transportirt wird, und es daher auch aus diesem Grunde besser sein würde, die Desinfection nach allen Transporten auszuführen. Allerdings gehe ich nicht so weit wie Rousselet, welcher die Desinfection der Pferde des Krankentransportwagens für wünschenswerth hält. Auch im Bericht der

Budapester freiwilligen Rettungsgesellschaft von 1894 ist erwähnt, dass die Fahrzeuge nach jedem Transport desinficirt werden.

In Berlin und einzelnen anderen Orten besteht die Verfügung, dass, wenn trotz des Verbotes die Beförderung eines ansteckenden Kranken in einer Droschke stattgefunden, dann das Gefährt zu desinficiren sei. Die Ausführung der Desinfection einer Droschke dürfte, wie oben bemerkt, nicht leicht, und ihr Erfolg zum mindesten zweifelhaft sein.

### γ) Durch verschiedene Triebkräfte fortbewegte fahrbare Krankenbeförderungsmittel.

#### 1. Krankentransport auf Eisenbahnen.

Die Beförderung von Kranken auf Eisenbahnen ist für die öffentliche Gesundheits- und Krankenpflege sehr wichtig, da nicht allein kranke Personen, von welchen es bekannt ist, dass sie an einer Erkrankung leiden, d. h. für welche ein Transport auf der Eisenbahn bestellt wird, auf der Eisenbahn befördert werden, sondern auch solche Personen, von welchen dies nicht bekannt ist, welche aber selbst von ihrer Erkrankung wissen, oder auch solche, welche erst unterwegs erkranken und nun einige Zeit in ihrem erkrankten Zustande auf der Bahn fahren müssen. Da die Eisenbahnwagen zur gemeinsamen und fortgesetzten Beförderung zahlreicher Personen von einem Orte zum anderen dienen, können sie zur Verschleppung von Erkrankungen über grosse Landstriche beitragen. Es haben daher die Behörden in den meisten Culturstaaten über die Zulassung von Kranken zum Eisenbahntransport und über die Art der Ausführung desselben Verfügungen erlassen, welche wichtig sind. Die für Deutschland jetzt bestehenden Vorschriften sind in dem betreffenden Abschnitt des Handbuches von Dietrich zusammengestellt. Hauptsächlich auf die Tuberkulose und die Cholera richteten die Behörden ihr Augenmerk und in neuester Zeit gesellte sich zu diesen noch die Pest, gegen welche in Deutschland jetzt einheitliche Verfügungen bestehen. Den vorläufigen Ausführungsbestimmungen zu dem Gesetz betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten vom 30. Juni 1900 ist auch eine „Anweisung über die Behandlung der Eisenbahn-Personen- und Schlafwagen bei Pestgefahr“ und „Verhaltungsmaassregeln für das Eisenbahnpersonal bei pestverdächtigen Erkrankungen auf der Eisenbahnfahrt“ beigefügt. In ganz hervorragender Weise wurde die Verhütung der Verbreitung der Tuberkulose durch den Eisenbahnverkehr beachtet, also besonders von derjenigen Art von Personen, von welchen es nicht bekannt und welchen es auch nicht ohne Weiteres anzusehen ist, dass sie an einer Erkrankung leiden. Ich verstehe also hier unter dem Krankentransport auf der Eisenbahn auch die selbstständige Benutzung der Eisenbahnwagen von Seiten kranker Personen, welche nicht ohne Weiteres als krank erkennbar sind.

Wenn möglich sollten Kranke mit erheblicheren — besonders ansteckenden Leiden — nicht die Eisenbahn benutzen, ausser in Nothlage, wofür dann besondere Wagenabtheile oder Wagen bereitzustellen sind,

z. B. wenn Jemand ausserhalb seines Wohnortes erkrankt und diesen nun aufsuchen will, oder wenn Jemand zur Heilung eines Leidens einen Curort aufsucht u. s. w. Es ist für den Zustand des Kranken und auch für die Mitmenschen besser, dass, abgesehen von den genannten Ausnahmen, Kranke nicht auf der Eisenbahn fahren. Die Rücksicht auf das Allgemeinwohl muss auch in solchen Fällen beim Kranken beziehungsweise seinen Angehörigen vorhanden sein. Ferner ist es Sache der Aerzte Kranken, bei denen eine Gefahr, wie geschildert, vorliegt, das Reisen überhaupt zu verbieten.

Dass Gefahren durch die Beförderung von Kranken mit der Eisenbahn für das Allgemeinwohl entstehen können, haben Versuche von Petri dargethan. Während Prausnitz bei der Untersuchung von vier von Berlin nach Meran fahrenden Durchgangswagen, nur im Staub des einen Tuberkelbacillen in geringer Zahl fand, sodass nach seiner Ansicht die gewöhnliche Art der Reinigung der Eisenbahnwagen genügt, die Wagen soweit frei von Tuberkelbacillen zu halten, dass eine Gefahr für das reisende Publikum ausgeschlossen erscheint, fand Petri hingegen an den durch Auswurf verunreinigten Stellen der Abtheile sieben verschiedene Arten von Bacterien. Von diesen waren vier für Menschen pathogen, und sie sassen meistens am Fussboden, am wenigsten an der Decke. Abwaschen mit 1 proc. Seifenlösung, Abspülen und Trockenreiben befreiten Wände und Bänke der Abtheile der 3. und 4. Classe genügend von den Bacterien, der Gehalt an Keimen am Fussboden wurde sehr verringert. Nasses Abwischen des letzteren hatte guten Erfolg. War der Auswurf angetrocknet, so war Sublimat gegen die darin befindlichen Tuberkelbacillen wirkungslos. Anstreichen der verunreinigten Holzflächen (in 3. und 4. Classe) mit Oelfarbe war von guter Wirkung. In künstlich inficirten Wagen 1. und 2. Classe bewirkte strömender Wasserdampf vollständige Desinfection der Möbel, hingegen war die Desinfection der leeren Abtheile und eines Waggons 4. Klasse mit Seife, Wasser und 5 proc. Carbollösung durch 2 Berliner städtische Desinfectoren erfolglos. Nur die Desinfection der Polstermöbel in strömendem Wasserdampf war ausreichend.

Es ist also dringend erforderlich, dass, falls Jemand an einer ansteckenden Krankheit erkrankt ist, und seine Ueberführung mit der Eisenbahn aus irgend einem Grunde geschehen muss, nicht eine Verheimlichung des Leidens stattfindet, sondern die Beförderung in besonderen Wagen veranlasst wird. Auf den Preussischen Staatseisenbahnen sind sechs Salonkrankenwagen in Berlin, Altona, Erfurt, Hannover, Köln, Wiesbaden eingestellt. Ferner verfügt noch von anderen Deutschen Staaten auch Sachsen und Baiern über eigene Salonkrankenwagen. Für die Benutzung dieser Wagen sind in Preussen für jede mitfahrende Person Fahrkarten I. Classe, mindestens jedoch 12, zu lösen. Diese Zahl verringert sich auf 6 Karten, wenn Gepäck- und Güterwagen oder Personenwagen 4. und 3. Classe (aus welchen dann die Sitze herausgenommen sind) benutzt werden. Die für die Bequem-

lichkeit des Patienten erforderlichen Gegenstände sind vom Reisenden selbst bereitzustellen und werden im Wagen ohne weitere Gebühr mitgenommen. Diese Kosten für einen Transport sind sehr hoch, und es ist dies mit ein Grund, dass von den Salonwagen nur wenig Gebrauch gemacht wird, was im Interesse der Hygiene wenig erfreulich ist. Ich habe den Wagen der Eisenbahndirection Berlin, sowie die in Baiern und in Ungarn vorhandenen sogenannten „Rettungswagen" in meinem Aufsatze in der Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde abgebildet. In Preussen und Oesterreich heisst der Wagen „Rettungswagen", der die zur Ausbesserung des Materialschadens erforderlichen Gegenstände enthält, während in Ungarn die zur Beförderung der Verletzten dienenden Wagen diese Bezeichnung führen. Zur möglichsten Verringerung der gerade in Eisenbahnwagen sehr stark auftretenden Erschütterungen ist der Wagenkasten des Berliner Wagens auf dem eisernen Untergestell durch Kautschukunterlagen elastisch gelagert.

Ganz hervorragend ist bei unserem Heere das Krankenbeförderungswesen auf den Eisenbahnen geordnet. Es sind eigene Transportwagen vorgesehen, in welchen eine ziemlich grosse Zahl von Verwundeten befördert werden kann, ferner sind besondere Vorrichtungen ersonnen worden, um in Güterwagen eine möglichst schonende Transportirung der Verletzten zu ermöglichen. Die beiden Haupttypen von Anbringung der Tragen im Inneren der Wagen sind das Grund'sche System, bei welchem die Tragen auf Stangen aufgestellt werden, welche auf Blattfedern elastisch ruhen. Letztere sind auf dem Boden der Wagen befestigt. Beim Hamburger System werden die Tragen an eisernen Trägern aufgehängt, welche an den Querleisten der Wagendecke mit Klammern „Teufelsklauen" angebracht sind. Man hat auch in einem Wagen beide Anordnungen vereinigt, oder zur Ausnutzung des unteren Raumes bei der Hamburger Anordnung an den eisernen Trägern gleichgestaltete nach unten verlaufende Träger angebracht, in welchen dann die unteren Tragen eingehängt werden, eine nicht empfehlenswerthe Zusammenstellung, weil die Anbringung der unteren Tragen wegen der Hin- und Herbewegung der oberen Träger sehr schwierig ist. Die neueste Befestigungsart der Tragen in den Eisenbahnwagen erfolgt an Gestellen, an welchen die Tragen in zwei Stockwerken so aufgehängt werden, dass Erschütterungen in den drei Achsen des Raumes möglichst vermieden werden. Ueber die Anbringung der Tragen in den Eisenbahnen sind in allen Ländern zahlreiche Versuche gemacht worden, welche in vielen Werken veröffentlicht sind. Die Fortschaffung der Verletzten im Kriege kann ja in letzter Linie nur mit Hülfe der Eisenbahnen geschehen, mit Ausnahme von denjenigen Fällen, wo eine Massenbeförderung auch auf Flussschiffen möglich ist.

Zu erwähnen ist an dieser Stelle auch das System Linxweiler, welches für Hülfslazarethzüge im Kriege ersonnen, sich auch gut besonders für Massentransporte von ansteckenden Kranken, welche mit der Bahn zu befördern wären, bewähren könnte. Auch für Transporte

von mehreren Kranken in einem Wagen wird es wegen seiner leichten Aufstellbarkeit sich gut anwenden lassen. Bei diesem System sind Gasrohre benutzt, welche in Güterwagen aufgestellt werden. Am oberen Ende sind durch Verschraubung herzustellende Verlängerungen vorhanden, welche durch dreizackige Klauen gegen die Wagendecke festgedrückt werden, während unten das Rohr auf viereckiger Grundlage endigt, deren Mitte eine Stahlspitze hat. Hierdurch werden die Rohre oben und unten sicher festgestellt. Ein Ausreissen, wie dies mit den Teufelsklauen beim Hamburger System gelegentlich geschehen, ist durch diese Anordnung ausgeschlossen. Linxweiler hat verschiedene Abarten seines Systems angegeben, welches in der freiwilligen Krankenpflege bei den Vereinen vom Rothen Kreuz jetzt vielfach verwendet wird.

Das von mir construirte und oben (S. 409) abgebildete Transportgeräth ist auch bei Transporten von Kranken und Verletzten in Civilverhältnissen in Eisenbahngüterwagen mit Vortheil zu verwenden.

Fröhlich empfiehlt starre und freie Aufhängung der Tragen in Eisenbahnwagen, um selbslständige Bewegung der Bahren und Berührung der Fussböden und Wände zu verhindern. Er hat ein einfaches Verfahren angegeben, um einen Eisenbahnwagen in einen Krankenwagen umzuändern. Einige mit ovalen Löchern versehene Holzpfeiler werden senkrecht gegen die Wände befestigt. In den Löchern werden sinnreich hergestellte schmiedeiserne Haken angebracht und an ihnen doppelte Schleifen aufgehängt, deren oberes Ende zu einem Metallring verläuft. Vermittelst der Schleifen werden die Tragen aufgehängt.

Diese letzteren Anbringungen der Tragen in den Eisenbahnwagen gehören bereits in den Bereich der Improvisationen, welche im Zusammenhange noch besprochen werden.

Um einen Kranken liegend in der Eisenbahn fortzuschaffen, ist er in den Wagen hinaufzuheben, leichter Erkrankte können wohl auf einer Bank eines Abtheils sitzend befördert werden. Für den ersten Fall steigt ein Mann in den Wagen und fasst den auf einer Trage liegenden oder von Trägern gehaltenen Kranken unter den Schultern, während Becken und Unterschenkel von anderen Trägern umfasst werden, und eventuell ein besonderer Träger ein verletztes Glied nachhebt. Soll oder kann der Kranke auf der Trage befördert werden, mit welcher er an den Wagen gebracht wurde, so steigt auch in diesem Falle ein Träger in den Wagen zuerst hinein und erfasst das ihm zunächst gelegene Ende der von zwei anderen Trägern erhobenen Trage, welche er dann sanft in den Wagen hineinhebt. Hierauf steigen die anderen Träger in den Wagen hinein und bringen die Bahre an ihren bestimmten Platz. Im Nothfalle kann man auch die beiden gegenüberliegenden Sitzreihen durch ein an der einen Seite übergelegtes Brett verbinden, und auf diesem Lager dann den Kranken betten. In der Bahn müssen Schwerkranke bisweilen in ihren Betten befördert werden, was für andere Transporte besonders in den Städten stets dringend zu widerrathen ist. Besondere Tragsessel sind für Kranke auf den Bahnsteigen der Stationen noth-

wendig. Zu erwähnen ist ein von Holterhoff-Osnabrück angegebenes Geräth, bei welchem der Sessel an zwei Stangen drehbar befestigt ist, sodass er, wenn die Stangen, die vorn Haken haben, am Fussboden des Abtheils eingehakt sind, durch Erhebung von hinten her in Höhe des Fussbodens des Abtheils erhoben werden kann.

Es ist hauptsächlich in den letzten Jahren auf verschiedenen Congressen bei Berathungen über „Eisenbahnhygiene" auch der Transport von ansteckenden Kranken auf den Eisenbahnen erörtert worden. Bei der zunehmenden Inanspruchnahme der Eisenbahnen, den stetig wachsenden Anforderungen an die Beförderungsmittel in Bezug auf Sicherheit und Bequemlichkeit mussten auch die Vorkehrungen für diese den Anforderungen entsprechend vermehrt bezw. geändert werden. Gerade im Eisenbahnverkehr ist es besonders schwierig, wie wohl kein Einsichtiger verkennen wird, die Anforderungen des Comforts mit der Sicherheit des Betriebes in Einklang zu bringen. Schon die zahlreichen durchdachten Verordnungen beweisen, dass die Eisenbahnverwaltungen bemüht sind vorhandene Uebelstände nach Möglichkeit abzuändern.

Verordnungen über die Beförderung kranker Personen auf Eisenbahnen wurden bereits in den fünfziger Jahren des vorigen Jahrhunderts vom damaligen Handelsminister in Preussen erlassen. Das Regulativ vom Jahre 1835 enthält naturgemäss keine Bestimmungen über diesen Gegenstand.

In Deutschland ist die Eisenbahnbeförderung von Personen, welche an Pocken, Flecktyphus. Diphtherie, Scharlach, Cholera oder Lepra leiden, nur in besonderen Wagen, von Kranken mit Ruhr, Masern oder Keuchhusten in abgeschlossenen Wagenabtheilungen mit getrenntem Abort gestattet. Personen, welche einer der erstgenannten Krankheiten verdächtig sind, können zur Beibringung eines ärztlichen Zeugnisses angehalten werden, von welchem die Beförderung abhängig gemacht wird. Ferner enthält die Dienstanweisung für die Preussischen Eisenbahnen vom 7. September 1892 die Bestimmung, dass „der Wagen, in welchem ein Cholerakranker oder Choleraverdächtiger sich befunden hat, . . . sofort ausser Dienst zu stellen und der nächsten geeigneten Station zur Desinficirung zu übergeben" ist. Die Art der Ausführung dieser ist aus dem bezüglichen Abschnitt des Handbuches zu ersehen. Eine Aenderung dieser Bestimmungen steht jetzt durch den Erlass des Reichsseuchengesetzes bevor.

Dass diese Vorsichtsmaassregeln erforderlich, lehrt das Vorgehen anderer Länder, in welchen gleichfalls strenge Vorschriften über die Beförderung kranker Personen auf Eisenbahnen bestehen. Recht lehrreich ist ein Erlass der Steiermärkischen Statthalterei vom 15. Mai 1899: „Es ist in jüngster Zeit der Fall vorgekommen: dass ein blatternkrankes Kind, während der Arzt, der die Krankheit constatirt hatte, die bezügliche Meldung an die Behörde erstattete, von seinem Vater aus einer Landgemeinde mittelst Eisenbahn nach Graz überbracht wurde, wodurch nicht nur Personen, welche den gleichen Waggon benützten, ernstlich in ihrer Gesundheit gefährdet, sondern auch thatsächlich die Blattern nach Graz verschleppt wurden." Im Weiteren wird das bereits bestehende Verbot wieder be-

tont, ansteckende Kranke ohne Genehmigung der Behörden von einer Gemeinde in eine andere zu bringen.

Ein Rundschreiben des Ministers des Inneren von Frankreich betreffend die Behandlung der Diphtheriekranken auf Eisenbahnen vom 19. October 1894 ist gleichfalls nach genannter Richtung bemerkenswerth, da es zeigt, dass man auch in Frankreich die Ansicht vertritt, dass ansteckende Krankheiten durch unzweckmässige Beförderung daran leidender Personen verbreitet werden können:

„In Folge der Mittheilungen von Dr. Roux über ein neues Behandlungsverfahren der Diphtherie wurden täglich zahlreiche mit dieser Krankheit behaftete Kinder von verschiedenen Theilen der Provinz in das Institut Pasteur befördert. Ich lenke ergebenst Ihre Aufmerksamkeit in besonders strenger Weise auf die Gefahren, welche der Transport von Personen mit dieser Krankheit für deren Weiterverbreitung hat. Die Diphtherie ist sehr ansteckend und kann durch Reisende verbreitet werden, welche in der Eisenbahn sich aufhalten und auf Abtheile die Krankheitskeime übertragen. Um eine solche Gefahr zu verhüten, würden besondere Vorkehrungen vorzuschreiben sein, deren Befolgung Sie, wie ich selbst, zweifellos für unabweisbar halten werden. Diese Maassnahmen könnten folgende sein:

1. Es muss durch die Angestellten der Gesellschaft besondere Aufmerksamkeit auf die Reisenden, besonders die Kinder, gerichtet werden.

2. Sind diese Personen anscheinend an Diphtherie erkrankt, die man beim ersten Anblick durch die Mattigkeit, Blässe, rauhen Husten, behinderte Athmung, vermuthen kann, so sind sie dem Zugführer zu melden, welcher sie in einem besonderen Abtheil zu isoliren hat, zu welchem der Zugang zu verbieten ist.

3. Bei der Ankunft ist der Wagen mit grosser Sorgfalt mittelst einer Lösung von Sublimat 1 : 1000 zu desinficiren.

Ich zweifle nicht, dass Ihre Gesellschaft bereit sein wird, der Verwaltung ihre Mithülfe nach dieser Richtung zu leihen, und ich drücke Ihnen bereits im Voraus meinen Dank aus.

Ich wäre Ihnen dankbar, wenn Sie mir den Empfang dieses Schreibens anzeigen und die Maassregeln mittheilen würden, welche Sie zu ergreifen für nöthig erachtet haben."

Von Vorsorgen für Beförderung von Kranken auf Eisenbahnen in anderen Deutschen Ländern sind noch die im Königreich Sachsen bestimmten Krankenübergabe- und Krankenuntersuchungsstationen zu nennen, welche auch für die anderen Landestheile verfügt sind:

### Verzeichniss der Krankenübergabe- und Krankenuntersuchungsstationen auf Königlich Sächsischen Staatseisenbahnen.

#### A. Krankenübergabestationen,

d. h. solche, welche mit den erforderlichen Krankentransportmitteln ausgerüstet sind und eine geeignete Krankenunterkunft, namentlich für Cholerakranke, bieten, sind folgende Stationen:

Zittau, Löbau, Bautzen, Ebersbach, Bischofswerda, Pulsniz, Kamenz, Elstra, Königsbrück, Dresden-Altstadt, Dresden-Altstadt (Elbkai), Dresden-Friedrichstadt, Dresden-Neustadt (Leipziger Bahnhof), Dresden-Neustadt (Schlesischer Bahnhof), Pirna, Schandau, Meissen, Grossenhain (Berlin-Dresdener Bahnhof), Grossenhain

(Cottbuser Bahnhof), Riesa, Oschatz, Wurzen, Leipzig (Dresdener Bahnhof), Leipzig (Bayerischer Bahnhof), Zwenkau, Döbeln (Bahnhof), Borna, Geithain, Freiberg, Chemnitz, Zwickau, Reichenbach i. V., Crimmitschau, Werdau, Plauen i. V., (oberer Bahnhof), Plauen i. V. (unterer Bahnhof), Oelsnitz i. V., Schneeberg, Schwarzenberg und Marienberg.

B. Krankenuntersuchungsstationen,

d. h. solche, auf welchen ständig Aerzte sofort erreichbar und zur Verfügung sind, sind folgende Stationen:

Zittau, Ebersbach, Löbau, Bautzen, Bischofswerda, Kamenz, Dresden-Altstadt, Dresden-Altstadt (Elbkai), Dresden-Friedrichstadt, Dresden-Neustadt (Leipziger Bahnhof), Dresden-Neustadt (Schlesischer Bahnhof), Pirna, Schandau, Freiberg, Chemnitz. Zwickau, Plauen i. V. (oberer Bahnhof), Plauen i. V. (unterer Bahnhof), Grossenhain (Berlin-Dresdener Bahnhof), Grossenhain (Cottbuser Bahnhof), Meissen, Riesa, Leipzig (Dresdener Bahnhof) und Leipzig (Bayerischer Bahnhof).

Für Oesterreich-Ungarn bestehen Bestimmungen folgenden Wortlauts:

## 5. Vorkehrungen gegen Infectionskrankheiten.

Verordnungen des k. k. Handelsministers vom 10. Dec. 1892.
R.-G.-Bl. No. 207,
betreffend das Betriebsreglement für die Eisenbahnen der im Reichsrathe vertretenen Königreiche und Länder.

§ 20. (1. Alinea). Personen, welche wegen einer sichtlichen Krankheit oder aus anderen Gründen die Mitreisenden voraussichtlich belästigen würden, sind von der Mitfahrt auszuschliessen, wenn nicht für sie eine besondere Abtheilung bezahlt wird und bereitgestellt werden kann. Wird erst unterwegs wahrgenommen, dass ein Reisender zu den vorbezeichneten Personen gehört, so erfolgt der Ausschluss auf der nächsten Station.

Erlass des K. K. Handelsministerims vom 25. April 1879.
Z. 34181 ex 1878[1]).
betreffend die Beförderung mit ansteckenden Krankheiten behafteter Personen auf Eisenbahnen.

Seitens der politischen Behörden sind Fälle zur Sprache gebracht worden, in welchen Blatternkranke auf Eisenbahnen befördert wurden, wodurch eine Weiterverbreitung dieser Krankheiten stattfand.

Obgleich es nun nach dem Wortlaut des § 13[2]) des Betriebsreglements nicht angeht, mit ansteckenden Krankheiten behaftete Personen, insoferne nicht etwa ein absolutes Verbot der Entfernung derselben aus dem Erkrankungsorte besteht, bei Einhaltung der Bedingung wegen Bezahlung eines abgesonderten Coupée von dem Verkehre ganz auszuschliessen, so dürfte doch meistens ein strenges Bestehen auf

1) Diese Verfügung des k. k. Handelsministeriums wurde mit dem Erlasse des k. k. Ministeriums des Innern vom 22. Mai 1879, Z. 7652, allen politischen Landesbehörden mit dem Bemerken zur Kenntniss gebracht, dass eine analoge Weisung auch an die Dampfschifffahrtsunternehmungen ergangen ist.

2) Die Vorschrift des § 13 des E.-B.-Regl. vom Jahre 1874 entspricht dem vorerwähnten § 120 des E.-B.-Regl. vom Jahre 1892.

der Erfüllung dieser Bedingung die Benützung der Eisenbahn durch dieselben hintanhalten.

Der Verwaltungsrath wird sohin aufgefordert, die unterstehenden Organe anzuweisen, Personen, welche augenscheinlich die Merkmale einer ansteckenden Krankheit und insbesondere die Erkrankung an Blattern an sich tragen und welche den Mitreisenden gefährlich werden können, unnachsichtlich von der Mit- und Weiterreise, sowie von der Benützung der den übrigen Reisenden geöffneten Wartelocalitäten auszuschliessen, wenn sie nicht ein abgesondertes Coupé bezahlen.

Derlei Coupés, sowie die den Kranken etwa eingeräumten Wartelocalitäten in den Stationen sind selbstverständlich nach erfolgter Benützung einer ordentlichen Lüftung und Desinfection zu unterziehen.

Die Verwaltungen der in Wien einmündenden Eisenbahnen wurden aus Anlass einer Blatternepidemie mit dem Erlasse des k. k. Handelsministeriums vom 22. November 1890, Z. 44926, eingeladen, im Sinne der oben angeführten Vorschrift des Eisenbahnbetriebsreglements Vorsorge zu treffen, dass in vorkommenden Fällen den uniformirten Organen der Leichenbestattungsunternehmungen von anderen Passagieren abgesonderte Sitzplätze entweder durch Einräumen besonderer Coupés oder Wagenabtheilungen, eventuell besondere Wagen angewiesen werden. Die betreffenden Unternehmungen wurden durch die politische Behörde in Kenntniss gesetzt, dass jede bevorstehende Bahnfahrt ihrer uniformirten Bediensteten in der durch die reglementarischen Bestimmungen vorgezeichneten Zeit vor Abgang des Zuges sowohl für die Hin- als Rückfahrt anzumelden ist, widrigenfalls die Bahnverwaltungen, welchen es nicht mehr möglich wäre, die erforderlichen Coupés oder Wagenabtheilungen bereit zu stellen, gehalten wären, die beanspruchte Beförderung der uniformirten Leichenbestattungsorgane auf Grund des § 13 des Eisenbahnbetriebsreglements (vom Jahre 1874) abzulehnen.

Es erscheint wichtig darauf hinzuweisen, dass auch die Beförderung von Personen, welche an Keuchhusten leiden, in Deutschland in besonderen Abtheilen erfolgen sollte. Bekanntlich werden Kinder mit Stickhusten in den Sommermonaten in recht grosser Zahl in die Seebäder gesendet, weil man mit Recht einem Luftwechsel einen günstigen Einfluss auf den Verkauf dieser Krankheit zuschreibt. Nicht selten werden aber solche Kinder nicht in besonderen Abtheilen mit ihren Angehörigen befördert, sondern zusammen mit anderen gesunden Kindern anderer Familien. Es sollte mit Strenge von den Angehörigen und besonders von den Aerzten darauf geachtet werden, dass solche Kinder von anderen gesunden getrennt werden, denn dass der Keuchhusten eine ganz besonders leicht übertragbare Erkrankung ist, lehrt die tägliche Erfahrung. Der Arzt muss den Angehörigen klar machen, dass durch Unterlassung dieser Vorsichtsmassregel sie die Kinder anderer Mitmenschen schwer gefährden.

Wie oben bemerkt, ist die Beförderung von Kranken und Verletzten auf Eisenbahnen in verschiedenen ärztlichen Vereinen und Vereinigungen für Gesundheitspflege erörtert worden. Der Deutsche Verein für öffentliche Gesundheitspflege beschäftigte sich 1889 in Strassburg mit der Berathung der „Eisenbahnhygiene in Bezug auf die Reisenden,“ wo Wichert-Berlin das Referat hatte, jedoch nur wenig über die Beförderung kranker Personen auf Eisenbahnen sagte. Mehr sprach davon der Correferent Löffler, welcher die 1887 erlassene Verfügung betreffend die Cho-

lera erwähnte und die Desinfection der Wagen darlegte. Besonders äusserte er sich über die Erschütterungen der Wagen während einer Fahrt und vorzüglich über die Schwankungen, welchen der letzte Wagen des Zuges ausgesetzt ist.

Eine recht eingehende Erörterung über die Beförderung kranker und verletzter Reisender und das Rettungswesen auf den Eisenbahnen fand in der Section für Eisenbahnhygiene auf dem X. internationalen medicinischen Congress in Berlin 1890 statt. v. Csatary hielt besondere Wagen für den Transport ansteckender Kranker für unbedingt erforderlich, da eine genügende Desinfection eines Eisenbahnwagens nach Benutzung durch einen ansteckenden Kranken nicht möglich sei. Die v. Csatary construirten Rettungswagen werden im Artikel „Rettungswesen“ beschrieben werden. Ferner wurde auf dem VIII. internationalen Congress für Hygiene und Demographie 1894 in Budapest und in der 22. Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege zu Karlsruhe 1897 bei Gelegenheit eines Referates „Die Verbreitung von ansteckenden Krankheiten in Badeorten und Sommerfrischen; Schutzmaassregeln für die Bewohner und Besucher solcher Orte“ von Battlehner auch die Frage der Beförderung von ansteckenden Kranken uuf Eisenbahnen gestreift, desgleichen in der 23. Versammlung des genannten Vereins 1898 zu Köln. Ueber die meisten Punkte herrschte Einigkeit, wenngleich Stich-Nürnberg in Budapest auch mit Recht meinte, man solle nicht zu grosse Anforderungen an die Behörden stellen, besonders da, wo die Gefahr für die Mitreisenden nicht gross sei. Er stützte sich hauptsächlich auf die Versuche von Prausnitz, nach welchem die gewöhnliche Reinigung der Wagen genügt, um besonders Tuberkulosekeime abzutödten, gegen welche Ansicht sich Brähmer wendete. Nach Stich sind am besten durch eine internationale Vereinbarung die erforderlichen Vorsichtsmaassregeln für den Eisenbahnverkehr festzustellden. In gleicher Weise habe ich mich in einem Vortrage auf dem internationalen Congress für Rettungswesen und erste Hülfe in Paris 1900 ausgesprochen. Mein Vortrag: „Die Bedeutung des Krankentransportes für den öffentlichen Verkehr“ hatte folgende Schlusssätze:

„1. Der Transport von ansteckenden Kranken ist für den öffentlichen Verkehr von Bedeutung, da durch denselben die Verbreitung von ansteckenden Krankheiten möglich ist.

2. Es sind daher für den Transport von ansteckenden Kranken innerhalb der einzelnen Ortschaften besondere Maassregeln zu treffen, welche sich vorzüglich auf folgende Punkte zu erstrecken haben:

a) Einrichtung und Ueberwachung des Transportes von ansteckenden Kranken durch die zuständigen Behörden (Staat oder Gemeinde).
b) Bereitstellung einer genügenden Zahl eigener Krankenwagen (am besten in den Krankenhäusern).
c) Unentgeltliche Beförderung der Kranken.
d) Desinfection der Krankenwagen und der für den Kranken benutzten Stücke nach einem jeden Transport.

e) Bereitstellung eigener Krankenträger, welche vor Ausführung eines Transportes besondere Anzüge anzulegen haben, welche nach jedem Transport zu desinficiren sind.
f) Verbot des Transportes von ansteckenden Kranken in allen dem öffentlichen Verkehr dienenden Fuhrwerken und Fahrzeugen (Droschken, Omnibus, Sänften, Strassenbahnen, Eisenbahnen und Schiffen im Kleinverkehr innerhalb der einzelnen Orte und Vorortsverkehr).

3. Für den Verkehr zwischen einzelnen Ortschaften und Ländern sind in Bezug auf die Beförderung von ansteckenden Kranken möglichst einheitliche behördliche Bestimmungen sowohl für die Beförderung innerhalb des Landes selbst als auch besonders zwischen den verschiedenen Ländern erforderlich.

4. Zu diesem Behufe sind, soweit solche noch nicht bestehen, Vorschriften über die Beförderung von ansteckenden Kranken hauptsächlich auf Eisenbahnen und Schiffen zu erlassen. Im Uebrigen ist der Krankentransport möglichst auch hier unter Berücksichtigung der für die einzelnen Ortschaften genannten Gesichtspunkte einzurichten. Vor allen Dingen ist

a) Die Beförderung von ansteckenden Kranken auf Eisenbahnen und Schiffen möglichst zu beschränken. Ist eine solche nicht zu umgehen, so sind
b) besondere Räume, welche nur diesem genannten Zwecke dienen, bereitzustellen, welche
c) nach jedem Transport zu desinficiren sind.
d) In Abtheilen oder Kajüten, welche dem allgemeinen Verkehr dienen, dürfen unter keinen Umständen ansteckende Kranke befördert werden.
e) Der Transport ist möglichst billig für das Publikum zu gestalten.
f) Diejenigen Beamten, welche den Kranken getragen oder sich an dem Transporte betheiligt haben, haben in Bezug auf ihren Anzug nach Maassgabe von No. 2e zu verfahren.“

Der zweite Theil, welcher sich auf den internationalen Verkehr der Länder unter einander bezieht, betrifft also die gleichen Forderungen, welche Stich aufgestellt.

Zu erwähnen ist auch noch die Berathung auf der VII. öffentlichen Jahresversammlung des allgemeinen Deutschen Bäder-Verbandes zu Eisenach 1898, in welcher Kothe-Friedrichsroda über die Frage sprach: „Wie hat die Eisenbahndirection am besten Sorge zu tragen für Transport und Aus- und Einsteigen schwerkranker Badegäste?“ Folgende Schlusssätze wurden hier für eine Petition an die Reichsregierung angenommen:

„I. Die sämmtlichen den Transport Kranker betreffender Bestimmungen der für die Eisenbahnen des Deutschen Reiches gültigen Verkehrsordnungen sind durchaus zweckmässig, sie bedürfen aber nach verschiedenen Richtungen der Erweiterung und Verbesserung.

II. Die Zusatzbestimmung zu § 20 der Verkehrsordnung ist so zu ändern, dass

a) an leicht übertragbaren d. h. an acuten Infectionskrankheiten Leidende für den Transport vorher angemeldet werden und überhaupt eine Art Anzeigepflicht eingerichtet werden müsse;

b) an schweren übertragbaren d. h. chronischen Infectionskrankheiten Leidende, z. B. an Tuberkulose im vorgeschrittenen Stadium, derselben und den bereits bestehenden Bestimmungen unterliegen, dass

c) auch von den Bahnverwaltungen selbst, soweit das ohne Belästigung des Publikums angängig ist, eine gewisse Controle etwa ab- und zugehender kranker Reisender und eine strengere Controle der Wagen und Wartesäle ausgeübt werde.

III. Die für den Transport Schwerkranker von den Strassenfuhrwerken nach den Eisenbahnwagen feststehenden Bestimmungen und Gebräuche müssen durch Ergänzung des dazu benöthigten Materials und durch Instruction der dazu gehörigen Beamten vervollständigt werden.

IV. Die Zahl der nur im Durchschitt zu 9 pCt. wirklich besetzten Abtheilungen erster Klasse, welche ausserdem viel zu billig sind, muss wesentlich verringert und dafür in gewissen Eisenbahnzügen Sanitätsabtheilungen von erster, zweiter und dritter Klasse beschafft und eingestellt werden. Hat sich erst die letztere Maassregel in ihrer wohlthätigen Wirkung gezeigt, so wird es mit den Sanitätsabtheilungen und Sanitätswagen so gehen, wie mit den jetzigen guten Krankenhäusern: man wird sie gern benutzen".

Es hat also an vielen gutgemeinten Rathschlägen nicht gefehlt, und auch nicht an dem Entgegenkommen der betheiligten Behörden. Nur muss die Benutzung besonderer Krankenwagen auf den Eisenbahnen so billig hergestellt werden — wofür ja jetzt noch manche Hindernisse vorhanden sein mögen — dass sie nicht viel theurer ist, als die Beförderung einer gesunden Person. Dann wird auch diese wichtige Frage der öffentlichen Gesundheitspflege in befriedigender Weise gelöst werden können.

Beim Bau der Eisenbahnwagen, besonders auch derjenigen für die Beförderung kranker Personen, sind die von Wichert 1889 aufgestellten Gesichtspunkte zu berücksichtigen. Er beginnt seine diesbezüglichen Ausführungen mit den Worten: „Der Bau der Personenwagen muss zunächst und vor allen Dingen den Anforderungen der Betriebssicherheit entsprechen." Das kann natürlich keinem Zweifel unterliegen, aber eine gleichfalls sehr wichtige Forderung, welche nach den Eingangs erwähnten Anforderungen an alle Krankentransportmittel zu stellen ist, ist auch die für die Gesundheit und Bequemlichkeit der Personen selbst, sowie die für die Gesundheit der Umgebung. Es ist daher mit Freude zu begrüssen, dass das Kaiserliche Gesundheitsamt 1898 im Einvernehmen mit dem Preussischen Ministerium der öffentlichen Arbeiten „Gesichtspunkte, die behufs Verhütung von Krankkeitsübertragungen bei der Reinigung der Eisenbahn-Personenwagen, beim Bau und in der Ausstattung derselben, sowie bei der Reinigung der Wartesäle und Bahnsteige zu be-

achten sind", ausarbeitete und den Erlass bezüglicher Vorschriften seitens der einzelnen Bundesregierungen anregte. Unter II finden sich hier genaue Angaben über Bau und Ausstattung der Personenwagen, deren Wände und Decken thunlichst glatt hergestellt werden sollen. Die Sitzpolster sind herausnehmbar anzuordnen, um ausgiebige Desinfection in strömendem Wasserdampf zu gestatten, Aufstellung möglichst grosser Spucknäpfe etc. ist vorzusehen. Hier sind also die erforderlichen Angaben für die gesundheitliche Sicherheit der Reisenden, welche neben der Betriebssicherheit in Frage kommen muss, klar ausgesprochen.

Von anderen Deutschen Staaten sind noch Sachsen und Bayern mit eigenen Krankentransportwagen für Schienenwege zu nennen. Der erstere Wagen dient besonders auch zur Beförderung von ansteckenden Kranken, während die Bayerischen Wagen zur Fortschaffung von Verletzten eingerichtet sind.

Der Sächsische Krankenwagen I. Klasse, welcher gegen 12 Fahrkarten I. Klasse benutzt werden kann, wurde vor etwa 25 Jahren von der Leipzig-Dresdener Bahn übernommen. Er enthält einen kleinen Vorraum mit Ledermatratze, einen kleinen Salon als Krankenraum, Toilette und Dienerraum. Da er einen Radstand von nur 3,35 Metern hat, ist sein Gang bei schneller Fahrt kein ruhiger und daher seine Benutzung keine häufige. Es wird statt seiner ein Salonwagen benutzt, dessen Inneres nach eigenem Bedarf eingerichtet wird. Er enthält ein Abtheil II. Klasse mit 7 Plätzen, Toilette, Salon mit 10 Sitzplätzen, Gasbeleuchtung, heizbarem Ofen, und kann auf alle fremden Bahnen übergehen bei einem Radstand von 4,48 Metern. Ferner wird gegen 4 Fahrkarten I. Klasse auf den Sächsischen und 6 I. Klasse auf den aussersächsischen Bahnen ein ausgerüsteter Wagen IV. Klasse geführt mit Holzwänden, Ofenheizung, Radstand 4,0 Meter. Der Eingang erfolgt auf den beiden Stirnseiten. Der Fahrgast kann sich denselben einrichten z. B. ein Bett mitbringen. Er enthält eine Tragbahre mit Kissen, Gummiringe mit Riemen, einen lederbezogenen Lehnstuhl, einen Rohr- und einen Feldstuhl, Waschtisch, Closet, Ofen u. s. w. — Zum Krankentransport im Kriege sind Wagen 4. Klasse bestimmt, welche im Inneren Säulen mit Haken zur Aufhängung der Tragen enthalten. Es sind jetzt zwei neue Krankentransportwagen auf den Sächsischen Staatsbahnen in Betrieb gestellt worden, deren einer die Tragbahre enthält, während im anderen Kocheinrichtung, Eisbehälter, Bedientenraum vorgesehen ist.

Bie Bayerischen Wagen haben anderes Aussehen, wie sich aus der Abbildung in meiner Beschreibung (a. a. O.) ergiebt. Eigene Eisenbahnwagen zur Beförderung von Verletzten hat auch jetzt die Wiener Rettungsgesellschaft einzuführen beschlossen und auch bereits einen Sanitäts-Ambulanzwagen nach Angabe von Charas auf der Station Hauptzollamt der Stadtbahn eingestellt. Ueber diese Wagen ist im Artikel „Rettungswesen" weiter zu berichten.

Wie in allen Angelegenheiten der Krankenbeförderung, so besitzt auch für Krankentransporte mit Eisenbahnen Oesterreich-Ungarn vortreffliche

Verfügungen und Einrichtungen. Bereits am 10. November 1882 wurde vom Handelsminister ein Erlass herausgegeben, welcher das Rettungswesen auf Eisenbahnen betraf und unter V folgende Bestimmungen enthielt:

V. Diese Wagen sollen rücksichtlich der äusseren Form und Dimensionen nach dem Muster der Maltheser-Lazarethwagen gebaut sein, innen separirbare Räume mit bequemen Lagern enthalten und mit Closets, Wasch- und Heiz-Apparaten versehen sein.

Diese Waggons wären nicht nur bei Unfällen zu verwenden, sondern auch kranken Reisenden gegen entsprechende Bezahlung zur Verfügung zu stellen.

Auch muss in jedem dieser Wagen ein mit festen Wänden abschliessbarer Raum derart eingerichtet sein, dass in demselben eventuell ein aufgeregter Geisteskranker auf weitere Strecken transportirt werden kann, ohne dass derselbe aus diesem Raume entweichen oder sich verletzen kann, und dürfen Geisteskranke, welche sich oder Anderen gefährlich werden könnten, auf Eisenbahnen nur in diesen Wägen, und zwar niemals ohne entsprechende Begleitung transportirt werden.

Die hohe Wichtigkeit, welche man in Oesterreich dem Krankentransportwesen beimisst, geht auch aus einem Erlass des Handelsministeriums vom 11. Juni 1889 hervor, nach welchem den Lokal- und Secundärbahnen die Aufstellung grosser Rettungskästen erlassen wurde, nicht jedoch die Aufstellung von gepolsterten gedeckten Tragbahren, „nachdem für die Beschaffenheit der Tragbahre in solchen Stationen nicht der Charakter der Bahn entscheidend sein kann, sondern die Rücksicht auf die zu transportirenden Verunglückten . . . . .“ Hier wird also dem Beförderungsgeräth höhere Wichtigkeit für die Rettung Verunglückter beigemessen als dem Verbandkasten.

Die Beförderung kranker Personen mit ansteckenden Krankheiten auf der Eisenbahn ist in Oesterreich untersagt, denn der § 15 des Erlasses des Ministeriums vom 16. August 1887, „womit allen politischen Landesbehörden eine Anleitung zum Desinfectionsverfahren bei ansteckenden Krankheiten bekannt gegeben wurde,“ lautet:

Krankentransport.

15. Zum Transporte von Infectionskranken ist die Benützung öffentlicher Fuhrwerke unstatthaft. Zu diesem Zwecke müssen besondere Krankentransportwagen oder Tragbahren verfügbar gehalten werden.

Dieselben sind derart herzustellen, dass ihre Reinigung und Desinfection ohne Umständlichkeit leicht und gründlich bewirkt werden kann.

Ein Jahr vorher am 5. August 1886 hatte das Ministerium Verfügungen gegen die Cholera getroffen, unter welchen wichtig sind:

C. Maassregeln beim Ausbruch der Cholera.

38. Zum Krankentransporte dürfen dem öffentlichen Verkehr dienende Fuhrwerke nicht benutzt werden. Hat eine solche Benützung dennoch stattgefunden, so ist das Gefährt zu desinficiren,

und ferner der Erlass der Statthalterei im Küstenlande vom 26. Ja-

nuar 1893 betreffend die Bestellung von Sanitätswächtern in den Gemeinden.

Instruction
für die Gemeinde-Sanitätswächter.

5. Der Desinfection sind zu unterziehen:
   d) das Transportmittel (Tragbahre, Fuhrwerk) des Erkrankten oder Gestorbenen.

Ausser diesen allgemeinen Bestimmungen, unter welche ja auch der Transport von Personen mit ansteckenden Krankheiten auf der Eisenbahn fällt, ist noch folgende, die sich direct auf diesen bezieht:

II. Cholera-Prophylaxe.

A. Vorkehrungen gegen die Einschleppung der Cholera zu Lande über die Reichsgrenze.

12. Die zur Verhinderung der Einschleppung der Cholera aus dem Auslande anzuordnenden Schutzmaassregeln bestehen[1]) in der Ueberwachung des Verkehrs an den Einbruchsstationen der Eisenbahnen, der Strassen, der Binnenschifffahrt, event. auch in der Ueberwachung und sogar Absperrung der Uebergangs- und Schleichwege in Gebirgsgegenden. Wenn auch bei den gegenwärtigen, sehr complicirten Verkehrsverhältnissen eine vollständige Ueberwachung kaum erreichbar ist, die anzuordnenden Maassregeln keinen absoluten Erfolg garantiren, so wäre es doch ein Fehlgriff, deshalb jede Vorkehrung an den Reichsgrenzen fallen zu lassen und sich der Hoffnung hinzugeben, dass durch die im Inlande getroffenen Maassnahmen ein für sich allein ausreichender Schutz gegen die Entwickelung und Weiterverbreitung der Cholera erzielbar sei. Gelingt es auch nicht, alle Ursachen, welche die Einschleppung der Seuche bewirken können, zu beseitigen, so ist doch schon Wesentliches erreicht, wenn die häufigsten und bedenklichsten Veranlassungen der Einschleppung des Ansteckungsstoffes gleich an der Reichsgrenze abgewendet werden.

Die Wagen, welche zum Transport von Kranken und Verletzten auf den Ungarischen Staatsbahnen eingeführt wurden, sind nach Angaben von v. Csatary hergestellt. Ihre Bauart, welche ich beim Artikel „Rettungswesen" auseinandersetzen werde, ist derartig, dass eine ausgiebige Desinfection des Wagens möglich ist, welche nach v. Csatary in gewöhnlichen Eisenbahnwagen nicht möglich ist, da diese für eine solche nicht eingerichtet seien. Aus diesem Grunde construirte er seine Wagen, bei welchen die Lager, welche zugleich als Tragbahren für die Kranken und Verletzten hergestellt sind, vollkommen aus dem Wageninneren entfernt werden können, sodass sowohl die Lagerstätten als auch das Wageninnere ausgiebig desinficirt werden kann.

Auch in anderen Culturstaaten sind ähnliche Verordnungen gegen die Beförderung ansteckender Kranken auf den Eisenbahnen erlassen. Anscheinend haben sie aber den gleichen Erfolg wie die diesbezüglichen Bestimmungen in anderen Ländern, wie folgendes Rundschreiben des zuständigen Belgischen Ministers vom 27. December 1897 beweist:

---

1) Diese Maassnahmen zur Abwehr einer Einschleppung der Cholera ordnet das Ministerium des Innern an. Auch in Ungarn sind besondere Verordnungen für den Transport von Kranken und Verunglückten auf den Eisenbahnen erlassen.

Herr Gouverneur. Litera C des Artikels 4 des Königlichen Erlasses vom 4. April 1895, der in der Anlage beigefügt ist, bestimmt, dass Personen mit ansteckenden Krankheiten in einem von ihnen allein zu besetzenden Abtheil zu fahren haben. Nur Personen, welche den Transport zu begleiten haben, dürfen mit ihnen zusammen sein. Die Erfahrung hat gelehrt, dass diese Verfügungen beinahe niemals beobachtet sind, sicherlich weil das Publikum sie nicht kennt. Im Begriff die Ausführung zu veranlassen, würde ich Ihnen dankbar sein, wenn Sie die Güte haben würden, die Aufmerksamkeit der Gemeindebehörden auf diese Bestimmung zu lenken, indem Sie sie auffordern, in Zukunft den Vorstehern der Abfahrtsstation das Datum und die Stunde der Reise solcher Personen zu bezeichnen, welche in die Krankenhäuser der grossen Städte geschickt werden sollen. Die Bürgermeister sollen ausserdem die in ihren Gemeinden practicirenden Aerzte ersuchen, ihnen die Fälle von solchen Erkrankungen bekannt zu geben, für welche sie die Ueberführung in ein Krankenhaus anempfohlen haben. Ich würde Ihnen Dank wissen u. s. w.

Es ist nun noch die Desinfection der Eisenbahnwagen zu erörtern, welche in vielen Stücken der der Krankentransportwagen gleicht, aber doch der Eigenart des Fahrzeuges entsprechend noch andere Verfahren erheischt als die Desinfection eines gewöhnlichen Krankenwagens. Jedenfalls sind auch die vorhandenen Salonkrankenwagen wegen der Eigenthümlichkeit ihrer Bauart nicht so leicht und einfach zu desinficiren, als es den Anschein hat. Stich hat auf dem Congress in Budapest 1894 hervorgehoben, dass Kranke mit Blattern, Typhus, Cholera, Scharlach und Masern, sobald sie als solche erkannt sind, von der Weiterbeförderung ausgeschlossen und „die bereits von solchen benützten Wagen sofort sorgfältigst zu desinficiren" sind. Das Verfahren hierzu hat er nicht besonders angegeben und daher wohl die in der Anweisung der Minister vom 8. August 1893 vorhandene Verfügung gemeint. In Personenwagen 1. und 2. Klasse sind die durch Entleerung des Kranken verunreinigten Stellen mit in Kaliseifenlösung getränkten Lappen gut abzuwaschen, dann ist der Wagen gründlich zu reinigen und mindestens 6 Tage lang in einem warmen, luftigen trocken Raum aufzustellen. Bei Wagen 3. und 4. Klasse sind Fussböden, Wände, Sitze, Trittbretter mit Kaliseifelösung abzuwaschen, und der Wagen wenigstens 24 Stunden lang unbenutzt stehen zu lassen. Es bestehen noch bisher erhebliche Meinungsverschiedenheiten über eine wirklich zweckmässige Desininfection der Eisenbahnwagen und -abtheile, wie sich auch aus der verschiedenen Art der Desinfection der Eisenbahnwagen in einzelnen Ländern zeigt. So werden in Belgien die für den Transport Kranker bestimmten Wagen mit Sublimat gewaschen. Die Wagen befinden sich in den Stationen Brüssel (Nord) und Brüssel. Nach der Benutzung werden sie sofort zur Werkstatt gebracht, wo sie ohne Aufenthalt wieder zurecht gemacht werden: sie werden vollkommen gewaschen, mit reinen Ueberzügen versehen etc. Dies geschieht nach der Beförderung von Verletzten. Hat der Wagen zur Beförderung eines Kranken gedient, so werden die Wände und alle Holzmöbel des Abtheils mit 1 prom. Sublimatlösung gewaschen. Besonders die Ecken und Winkel werden hierbei berücksichtigt. Während des Waschens werden die Abtheile durch Oeffnen der

Thüren und Fenster gelüftet, dann mit grossen Mengen gewöhnlichen Wassers bespült und getrocknet. Gegenstände von Leinewand werden im Dampfapparat desinficirt.

Eine sehr lebhafte Erörterung über den Gegenstand fand auf dem II. internationalen Congress für Hygiene des Eisenbahn- und Schiffsverkehrs 1897 in Brüssel statt. Besonders wurde auch die Verhinderung der Verbreitung ansteckender Krankheiten durch das Personal besprochen. Allgemein wurde ferner angenommen, dass die Beförderung von Reisenden mit ansteckenden Krankheiten zu verbieten sei. Wichtig scheinen die von Tretrop aufgestellten Grundsätze, welche alles enthalten, was in Bezug auf diese Frage zu fordern sein dürfte, und welche ich im Wortlaut wiedergebe, da daraus ersichtlich ist, in welcher Weise die Wagen und sonstigen Beförderungsmittel auszustatten wären:

„1. Anstellung von behördlichen Gesundheitsaufsehern, frei von jeder Gemeindethätigkeit, welche die ersten Fälle von ansteckenden Erkrankungen anzuzeigen und Vollmacht haben müssten, die nothwendigsten vorbeugenden Maassregeln selbst zu ergreifen. Pflichtmässige Anzeige der Fälle von ansteckenden Krankheiten an diese Regierungsaufseher.

Als Ergänzung: die Schaffung von bestimmten Bezirkstationen zur Dampfdesinfection.

2. Der Ersatz der vorhandenen Ueberzüge in sämmtlichen Beförderungsmitteln: Eisenbahnwagen, Droschken, Strassenbahnwagen, Schiffskajüten, Wartesälen durch Stoffe, welche einerseits undurchlässig sind, andererseits Wäsche ertragen. Waschen mit Wasser und Seife müsste häufig ausgeführt werden.

3. Verbot der Benutzung der öffentlichen Beförderungsmittel für ansteckende Kranke und Einrichtung eines besonderen Transportwesens für diese Kranken.

4. Förmliches Verbot auf den Fussboden der Wartesäle der Eisenbahn, der Schiffskajüten auszuspeien. Benutzung beweglicher Becken in den Wasserclosetts der Eisenbahnwagen mit einem desinficirenden Stoff, um die Abfallstoffe aufzunehmen, anstatt sie mitten auf die Strecke fliessen zu lassen.

Gelegenheit für Reisende und Personal sowohl auf der Strecke als im Bahnhof zum Händewaschen.

Aufstellung von Geräthen auf den Bahnhöfen, welche Trinkwasser liefern, welches regelmässig chemisch und bacteriologisch untersucht wird.

Passende Lüftung ohne Zugluft der Wagen aller Art, Schiffskajüten u. s. w. In den Eisenbahnwagen ist die Lüftung allgemein ungenügend.

5. Vermeidung der Ueberbürdung des Personals und Anweisung für dasselbe, sich vor den häufigsten ansteckenden Krankheiten zu schützen."

Jedenfalls ist aus den Verhandlungen zu ersehen, dass die Vertreter auf allen Congressen darin einig sind, dass die Beförderung von Reisenden mit ansteckenden Krankheiten zu verbieten, und dass die Wagen derartig herzustellen seien, dass eine Desinfection derselben stattfinden

kann, denn wenn die Wagen nicht eine solche Bauart besitzen, ist auch eine Desinfection oder Forderung derselben nutzlos. Mit Recht hat Braehmer auf mehreren Congresssen hervorgehoben, dass neben dem Tuto für den Eisenbahnverkehr auch dem Jucunde und Cito Rechnung getragen werden müsse. Daher dürfen die Maasregeln für die Beförderung kranker Reisender auch besonders auf das Jucunde Anspruch erheben, wie aus den Ausführungen am Eingange genügend hervorgeht.

Im Anschluss an die Eisenbahnbeförderung von Kranken soll noch kurz die Beförderung von Reisenden mit der

2. Post

berührt werden, welche in jetziger Zeit allerdings mehr in den Hintergrund getreten ist, immerhin aber noch Interesse für unser Thema beansprucht.

In alten Zeiten war man in Bezug auf den Postverkehr besonders zur Zeit des Herrschens von Seuchen sehr ängstlich, wie z. B. folgende Postordnung beweist, welche ein Zeichen für die früher bestehende Ansicht über die Uebertragbarkeit ansteckender Krankheiten ist.

Erneute und erweiterte allgemein Post-Ordnung für sämtliche Königl. Provinzien. De dato Berlin, den 26. November 1782.

Neunzehnter Abschnitt.

Von dem Verfahren der Postämter bey ansteckenden Krankheiten.

§ 1.

Sobald ein Postmeister oder anderer Postbediente in Erfahrung bringet, dass seines Orts sich contagiöse Krankheiten äussern; So hat er ohne Zeitverlust nach dem eigentlichen Zustand derselben, bey dem Magistrat und den Medicis sich fleissig zu erkundigen, und dem General-Postamt davon unverzüglich ausführlichen Bericht zu erstatten, auch im Fall es eine pestartige, oder sonst böse ansteckende Seuche seyn sollte, mit jener Communication und Gutfinden so fort weder Passagiers noch Paquete von solchen Orten auf die fahrende Post anzunehmen, sondern wenn das Uebel völlig ausgebrochen wäre, auch Unsere Allerhöchste, oder Unsers General-Postamts Ordre darüber abzuwarten, den Lauf der fahrenden Posten gänzlich einzustellen.

§ 14.

Endlich wird den Postbedienten insgesammt auf ihr Gewissen gebunden, und auf ihre Pflicht empfohlen, im Fall sie entweder an sich selbst, oder an ihren Hausgenossen einige Zeichen der Contagion wahrnehmen und bemerken sollten, sich der Abfertigung der Post von Stund an zu enthalten, und solches der Gerichtsobrigkeit anzuzeigen, welche sodann bemächtiget seyn soll, ad interim, und bis anderweite Verfügung von Uns Allerhöchst Selbst, oder von Unserm General-Postamt geschiehet, einem sichern und capablen Mann die Verwaltung und Administration der Posten zu übertragen.

Dass es auch in Deutschland nach den jetzt bestehenden Verordnungen verboten ist, Reisende mit ansteckenden Krankheiten in der Fahrpost zu befördern, kann keinem Zweifel unterliegen. In Oesterreich besteht hierfür ein eigener Erlass:

## A. Verkehr zu Lande.

### a) Post.

Gemäss § 48 des II. Theiles der Fahrpostordnung vom Jahre 1838, sind kranke Personen, deren Zustand den Mitreisenden offenbar beschwerlich sein müsste, insbesondere epileptische, Ausschlags- und Gemüthskranke, sowie Kinder unter 4 Jahren zur Beförderung mit der Fahrpost nicht zuzulassen, es sei denn, dass derlei Personen oder Kinder unter 4 Jahren zu einer Familie gehören, welche für sämmtliche Plätze eines Wagens und für die ganze Route, welche derselbe befährt, die tarifmässige Gebühr bezahlen.

Erlass des k. k. Handelsministeriums vom 2. August 1894. Z. 39746,
betreffend Choleramaassnahmen im Postverkehr.

Das Handelsministerium hat sich an das k. k. Ministerium des Innern um die Mittheilung gewendet, ob vom dortigen Standpunkte die Hinausgabe von Grundsätzen für den Verkehr der Postfahrten auf Strassen in Cholerazeiten als geboten erachtet wird, und welche Normen dieselben zu enthalten hätten, oder ob es den Post- und Telegraphendirectionen zu überlassen wäre, im Einvernehmen mit den betreffenden Sanitätsbehörden die zweckdienlichen Vorkehrungen bei Bildung von Choleraherden von Fall zu Fall zu treffen.

Dem Ministerium des Innern erscheint laut Antwortnote vom 18. Juli 1894, Z. 12747, die Hinausgabe eines bezüglichen Reglements für den Postverkehr nach dem Muster der für den Eisenbahnverkehr geltenden Grundsätze sh. ä. Erlass vom 8. März 1894, Z. 12095 (*) mit Rücksicht darauf, als hinsichtlich der Behandlung der Wägen, in welchen Cholerakranke befördert wurden, über die Behandlung dieser Kranken, über die Desinfectionsmassregeln etc. bereits in der Cholera-Instruction**) und in den allgemeinen Choleravorschriften eingehende und dem anzustrebenden Zwecke genügende Anordnungen enthalten sind, nicht nothwendig, abgesehen davon, dass der Postverkehr nicht allenthalben in derselben einheitlichen Weise sich vollzieht, wie der Verkehr auf Eisenbahnen und daher die Erlassung allgemein giltiger specieller Vorschriften unthunlich wäre.

Dagegen hat das k. k. Ministerium des Innern für geboten erachtet, die stricte Befolgung der Choleravorschriften, insbesondere der Anzeigepflicht von choleraverdächtigen Erkrankungen den unterstehenden Postorganen neuerdings strengstens einzuschärfen und dieselben anzuweisen, dass sie in Cholerazeiten dem Gesundheitszustande der mit der Post reisenden Personen eine erhöhte Aufmerksamkeit zuwenden und im Falle einer wahrgenommenen Erkrankung oder des Verdachtes einer solchen sofort der betreffenden Gemeindevorstehung und der politischen Behörde behufs der sanitätspolizeilichen Intervention im kürzesten Wege Meldung machen. Wägen, in denen solche Kranke befördert wurden, müssen sofort ausgewechselt, ausser Gebrauch gesetzt und desinficirt, die Mitreisenden eines choleraverdächtig Erkrankten selbst als choleraverdächtig der sanitätspolizeilichen Behandlung der Sanitätsbehörde überwiesen werden.

Was die Behandlung der Postsendungen betrifft, muss dieselbe sich innerhalb des durch die Dresdener internationale Sanitätsconvention (R.-G.-Bl. No. 69 ex 1894)*) festgesetzten Rahmens halten.

Hievon werden die k. k. Post- und Telegraphendirectionen zur eigenen Wissenschaft und entsprechenden weiteren Verfügung in die Kenntniss gesetzt.

Ueber die Behandlung von Postsendungen und Briefen aus verseuchten Gegenden s. Seite . . .

3. Krankenbeförderung vermittelst Strassenbahnen,

Für den eigentlichen Transport von Kranken auf Strassenbahnen sind nur in Berlin einige Wagen vorgesehen, zu dem Zwecke, erkrankte Soldaten aus den Kasernen und zwar den südlich der Spree gelegenen abzuholen und in das Garnisonlazareth in Tempelhof überzuführen. Zu diesem Behufe sind die Strassenbahngeleise in die betreffenden Kasernen abgezweigt, sodass die Wagen in den Kasernenhof einfahren können. Die Wagen haben im Innern Einrichtungen für die Aufnahme von Kranken, die Fenster sind mit Milchglasscheiben versehen, ein Sanitätssoldat begleitet den Transport. Die Einrichtung hat sich seit einer Reihe von Jahren gut bewährt. Im Uebrigen besteht sowohl in Berlin wie in anderen Grossstädten das Verbot, dass Personen mit ansteckenden oder ekelerregenden Krankheiten (wie Hautausschlägen) die Strassenbahn benutzen. Dieses Verbot wurde auch auf den meisten Congressen, wo die Krankenbeförderung im öffentlichen Verkehr erörtert wurde, als durchaus nothwendig erachtet. Leider wird gerade dieses Verbot — in Berlin wenigstens — vielfach umgangen, wie man besonders um die Mittagszeit beobachten kann, wo die Mütter mit ihren kranken Kindern auf dem Arm oder Schooss in die Polikliniken fahren. Oft ist Unkenntnis der Natur des Leidens des Kindes die Ursache. In vielen anderen Fällen aber wird die Strassenbahn benutzt, um die hohen Kosten für den Krankentransport und die auch dabei vorhandenen sonstigen Unbequemlichkeiten zu umgehen. In Berlin ist den Schaffnern untersagt, Fahrgäste mit ansteckenden Krankheiten in den Wagen aufzunehmen. Hierfür ist aber vor allen Dingen erforderlich, dass der Schaffner in der Lage ist eine solche Krankeit zu erkennen, was natürlich nicht der Fall sein und man füglich auch nicht von ihm verlangen kann. Beim Vorhandensein einer Epidemie wäre mit besonderer Strenge darauf zu achten, dass die Strassenbahnwagen nicht für die Beförderung von Kranken benutzt würden. Wenn sich aber in einem Falle sicher ergeben, dass Jemand an einer gerade in Frage kommenden ansteckenden Erkrankung gelitten und in einem Strassenbahnwagen gefahren, so müsste dieser Wagen ausgiebig desinficirt werden. Nach dieser Richtung würden also ähnliche Anforderungen für den Bau des Wagens, wie für den Bau der Eisenbahnwagen, und auch entsprechende Bedingungen für die Desinfection und deren Ausführung in Frage kommen, natürlich unter Berücksichtigung der verschiedenen Verhältnisse, unter welchen die Beförderung von Fahrgästen mit der Eisen- und Strassenbahn stattfindet. Zur Verhütung der Verbreitung der Tuberkulose durch hustende Fahrgäste, welche natürlich nicht von der Beförderung ausgeschlossen werden können, ist jetzt in den Wagen in den meisten Städten das Verbot auf den Fussboden auszuspeien, angeschlagen. Die Anbringung von Speinäpfen im Strassenbahnwagen hat sich bis jetzt nicht durchführen lassen, da für diesen Verkehr andere Gesichtspunkte maassgebend sind als in der Eisenbahn. In St. Louis in Nord-Amerika ist ein elektrisch betriebener Strassenbahnwagen für die

Beförderung von Kranken zur Verfügung. Ueber seine Verwendbarkeit ist nichts Genaueres bisher bekannt. Der Betrieb von Fahrzeugen zur Beförderung von kranken Menschen mit

### 4. Motoren,

welchen ich bereits in meinen früheren Arbeiten als möglich angedeutet, ist bis jetzt noch nicht in einer verwerthbaren Form verwirklicht worden. Es lag ja der Gedanke nahe, die für den allgemeinen öffentlichen Verkehr benutzten Bewegungsmittel auch für die Krankenwagen dienstbar zu machen. Leitend ist hierfür die Absicht, die Benutzung der Pferde zu ersparen und ein Mittel bereit zu haben, welches möglichst unabhängig von den vielen Unzuträglichkeiten ist, welche die Verwendung von Pferden mit sich bringt, — besonders Unterhaltung von Stallräumlichkeiten von Pferden selbst, von besonderem Personal u. s. w. — Aber es scheint, dass noch eine geraume Zeit vergehen wird, bis geeignete Motoren für diese Zwecke vorhanden sein werden. Zunächst ist die erste Anschaffung von Motoren noch sehr kostspielig, ihre Unterhaltung ist gleichfalls mit grossen Ausgaben verbunden, und ferner ist bei den in Frage kommenden Motoren — elektrischen und Benzin- — ein Versagen noch recht häufig beobachtet worden. Gerade dieser Punkt aber hat für den Krankentransport hohe Bedeutung. Soll von einem Ort zu einem anderen ein Kranker mit grosser Schnelligkeit gebracht werden, um z. B. einer Tracheotomie unterzogen zu werden, und unterwegs versagt der Motor, oder an seinen Pneumatics entsteht eine Betriebsstörung, so kann für den Kranken ein unberechenbarer Schaden entstehen. Die elektrischen Motoren haben vor den Benzinmotoren den Vorzug, dass sie weniger Erschütterungen bewirken, aber die Stösse sind auch bei ihnen noch sehr bedeutende, sodass vorläufig eine Aussicht auf ihre weitere Benutzung zur Krankenbeförderung nicht vorhanden ist, bis fernere Versuche die sehr erheblichen Erschütterungen und anderen Nachtheile der Motoren nicht einigermaassen beseitigt haben.

Der Motor kann entweder an einem Krankenwagen direct angebracht werden, wie dies bei den jetzt vielfach benutzten Geschäftswagen der Fall ist, oder es kann auch ein Motordreirad mit einem Fahrer vor dem Wagen als Triebmittel sich befinden. Im letzteren Falle sind die Kosten eigentlich nicht viel geringere als bei Pferdebenutzung, aber die Schnelligkeit der Ausfahrt ist eine grössere. Wenn man jedoch, wie dies bei der Wiener und Budapester freiwilligen Rettungsgesellschaft z. B. der Fall ist, einen Krankenwagen mit Pferden bespannt zur Ausfahrt bereit stellt, so ist die Ausfahrt auch schnell zu bewerkstelligen. Durch Anbringung des Geschirrs an den Wagendeichseln, wie bei der Berliner Feuerwehr, ist gleichfalls sehr schnelle Ausfahrt zu erzielen, sodass die Wagen, besonders wenn sie als Rettungswagen zur Beförderung von Verunglückten bestimmt sind, mit dieser Geschirranbringung versehen werden sollten.

## II. Besondere Maassnahmen für Krankentransport zu Wasser.

Die Beförderung von kranken Menschen auf dem Wasser findet wohl fast ausschliesslich auf Schiffen statt. Es ist auch hier, wie bei der Eisenbahn, zu unterscheiden zwischen — vorbereiteten — Transporten von Kranken auf Schiffen, welche eigentlich für diesen Zweck ausgerüstet sind, und solchen Transporten, wo eine auf einem Schiffe befindliche Person zufällig an einer Krankheit erkrankt, welche besondere Arten von Beförderung sowohl im Interesse des Kranken als der Umgebung erforderlich macht.

Kranke Menschen werden zu Wasser, d. h. auf Flüssen, wo keine starken Bewegungen des Schiffes stattfinden, in sehr schonender Weise befördert. Weniger schonend ist der Transport auf der See, wo er z. B. bei der Kriegsmarine oder auf einer Seefahrt bei Erkrankung einer Person unterwegs auch stattfinden muss, und die Schwankungen des Schiffes nicht immer angenehm für die Insassen sind. Natürlich kann die Beförderung mit allen Arten von Schiffen stattfinden, sei es dass sie mit Dampf, Segeln, Rudern oder auch den modernen Motoren fortbewegt werden. Für die Zwecke von vorbereiteten Transporten werden vorläufig die ersten Arten der Triebkräfte in Frage kommen, während bei unvorhergesehenen Fällen auch ein Motorboot, wenn solches zufällig bei der Hand, verwendet wird. Eine Bereitstellung von Schiffen in Städten für den Wassertransport von Kranken findet sich wohl nur an zwei Orten, in Hamburg und London. Bei der Kriegsmarine sind eigene Schiffe für die Krankenbeförderung vorgesehen und — wie auch bei der Handelsmarine — in den einzelnen Schiffen eigene Abtheilungen zur Unterbringung von Kranken vorhanden. Auch für Landkriege wird die Vorwundetenbeförderung zu Wasser bei den Heeren verschiedener Länder in besonderen Schiffen vorbereitet, da der Krankentransport zu Wasser die von den Heereszügen erheblich in Anspruch genommenen Landstrassen entlastet.

Für die Beförderung von Kranken auf dem Wasser sind ausser den Schiffen noch besondere Transportgeräthe erforderlich, und zwar wie auf dem Lande Tragen und ferner Hängematten, welche besonders sich für Schiffstransporte eignen, da in ihnen die Kranken gleichzeitig nach dem Transporte verbleiben können, indem die Hängematte als Lagerstätte dient. Die für die Kriegsmarine gebräuchlichen Tragmittel sind den jetzt auf den Kriegsschiffen vorhandenen Räumen angepasst und sind in den einzelnen Ländern sehr verschiedene.

Gleich wie die Beförderung kranker Reisender auf Eisenbahnen ist auch die Beförderung von Reisenden auf Schiffen seit langen Zeiten Gegenstand der Aufmerksamkeit der Behörden gewesen und natürlich seit viel längerer Zeit, da ja Eisenbahnen erst um die Mitte des vorigen Jahrhunderts eingeführt worden sind. Seit der Dampf als Triebmittel für die Schiffsmaschinen eingeführt wurde, war es klar, dass in sehr kurzer Zeit Krankheiten durch Reisende von einem Lande ins andere,

und noch vielmehr durch den sonstigen Inhalt der Schiffe sogar allein, von einem Weltheil zum anderen verbreitet werden könnten. Bekannt sind ja die Quarantänemaassregeln, welche früher zum Theil noch viel strengere waren als jetzt, wo man mehr in das Wesen der ansteckenden Krankheiten und ihrer Verbreitungsart eingedrungen ist, und daher wirksamere und weniger behindernde Vorkehrungen anordnen und treffen kann. Die jetzt hierfür geltenden behördlichen Bestimmungen werden an der entsprechenden Stelle dargelegt werden.

Die kleinen Flussdampfer, welche in vielen Grossstädten, die am Wasser liegen, nach Art von Omnibussen eine grössere Zahl von Fahrgästen gleichzeitig beförden, sind mit von dem Verbot der Beförderung von Personen mit ansteckenden Krankheiten in öffentlichen Fuhrwerken betroffen. In den kleinen Alsterdampfern in Hamburg ist auch das oben für die Strassenbahnwagen erwähnte Verbot, auf den Fussboden auszuspeien, angebracht.

v. Csatary meint, dass Schiffe, welche zur Beförderung von gesunden Reisenden dienen, niemals sich für die Transportirung von erkrankten eigenen, weil sie nicht für eine ausgiebige Desinfection und nicht für eine bequeme Lagerung von Schwerverletzten genügende Einrichtungen und Gelegenheit bieten. Von dem Verbot, Personen mit ansteckenden Krankheiten in Schiffen des öffentlichen Verkehrs zu befördern, kann ausnahmsweise Abstand genommen werden, sowohl vom rein menschlichen Standpunkt als auch aus anderen Gründen zwingender Natur, so z. B. wenn eine ansteckende Krankheit sich erst auf der Fahrt zeigt, und der Reisende einige Zeit auf dem Schiffe bleiben muss. Diese von v. Csatary angeführten Ausnahmen sind sehr wohl als solche zu berücksichtigen. Nur sind, wie schon oben bemerkt, nirgends eigene Schiffe für den Transport von ansteckenden Kranken ausser in Hamburg und London in Civilverhältnissen vorhanden.

Für längere Reisen auf See müssen für den Fall, dass ein Reisender an einer ansteckenden Krankheit erkrankt, besondere Absperrungs- und Vorsichtsmaassregeln zu seiner weiteren Beförderung auf dem Schiffe getroffen werden, theils damit er selbst genügend Bequemlichkeiten hat, als damit auch die Mitreisenden nicht gefährdet werden. Da auf Schiffen gesonderte Kajüten für einzelne Passagiere der I. und II. Klasse vorhanden sind, ist für diese die Trennung einzelner Erkrankter von den Gesunden nicht allzuschwer durchzuführen. Für Zwischendeckspassagiere sind einige Räume zur Trennung besonders für länger dauernde Fahrten stets vorzusehen. Aber es muss eine sehr ausgiebige Desinfection der betreffenden Räume, in welcher ein Reisender erkrankt gelegen, stattfinden, bevor ein solcher Raum wieder von einem Anderen eingenommen werden darf. Besonders auf die Tuberkulose hat man auf verschiedenen Congressen hingewiesen und deren Gefährlichkeit auch für den Schiffsverkehr betont. Da ja die Kajüten auf Schiffen ganz besonderen Bau haben, wie in den Vorschriften für den Krankentransport der Wiener Rettungsgesellschaft von 1889 auch gesagt ist, so ist auf die Desinfection der-

selben auch besonderer Werth zu legen, falls eine Beförderung eines Kranken in einer solchen stattgefunden. Eine Lagerung der Kranken neben dem Maschinenraum ist möglichst zu vermeiden.

Csatary-Budapest und Bambas-Athen hoben auf dem internationalen Hygienecongress zu Budapest 1984 hervor, dass internationale Vereinbarungen zwischen den einzelnen Staaten erforderlich wären um möglichst gleichmässige Behandlung aller dieser Fragen in den einzelnen Ländern zu bewirken, auch auf dem zweiten internationalen Congress für Eisenbahn und Schiffshygiene in Brüssel 1897 wurden ähnliche Vorschläge gemacht. Meine eigenen Anträge, welche ich auf dem internationalen Congress für Rettungswesen und erste Hülfe in Paris 1900 stellte, und welche ich oben angegeben, wurden nach dem Vorschlage des Vorsitzenden Ramonat einstimmig gutgeheissen, aber nicht in dem von mir geforderten Sinne weiter erledigt. Hoffentlich wird durch die auf dem Brüsseler Congress eingesetzte internationale Commission, zu welcher unter anderen von Deutschland Brähmer gehört, eine Ordnung ausgearbeitet, welche von den einzelnen Ländern angenommen wird, sodass die wichtige Frage der Beförderung kranker Reisender auf Schiffen — und Eisenbahnen — in einheitlichem Sinne gelöst oder wenigstens der Lösung näher gebracht wird.

Von den erwähnten eigenen Krankentransportschiffen ist in Hamburg im Hafen ein Dampfschiff mit einer Kajüte, welche zwei Abtheilungen enthält, deren eine zur Bergung von ansteckenden, die andere für nicht ansteckende Kranke bestimmt ist. Das Boot dient dazu, Kranke von den im Hafen liegenden Schiffen aufzunehmen und ans Land zu bringen, wo dann ein Krankenwagen ihrer weiteren Beförderung wartet.

In London sind die Krankenschiffe für die Beförderung von Pockenkranken bestimmt, welche in London ausser im Smallpox-Hospital (für zahlende Personen) in den Hospital Ships untergebracht werden. Diese unterstehen dem Metropolitan Asylums Board, sind also städtisch und nehmen unter gleichen Bedingungen, wie die anderen städtischen Krankenhäuser sonstige ansteckende Kranke, Pockenkranke auf und bewirken ihre Ueberführung in eigene Genesungsanstalten. Ich folge in der Beschreibung der Schiffe meiner 1898 erschienenen Schilderung und füge zum besseren Verständniss der gesammten Versorgung der Pockenkranken, welche hiermit eng zusammenhängt, eine Beschreibung der Hospital Ships aus jener Schrift bei:

„Zu diesen Schiffen, drei an der Zahl, werden die Kranken in sechs eigenen Dampfern gebracht, die von drei bestimmten Werften an verschiedenen Stellen des Ufers der Themse abfahren. Zwei dieser Werften, welche nach ihrer geographischen Lage als South, North und West Wharfe bezeichnet sind, besitzen vollständige eigene Beobachtungsstationen, zu welchen die Kranken in Krankenwagen befördert werden. Die Art, in welcher dies in directer Weise von aussen her geschieht, ist ähnlich der vorher im Allgemeinen geschilderten[1]. Befindet sich jedoch der

1) Siehe meine erwähnte Schrift.

Pockenkranke in einem Fever-Hospital, so wird er so schnell als möglich von dort weggeschafft, Zu diesem Behufe macht der Chefarzt dem Clerk des Board Mittheilung, und dieser veranlasst alle übrigen Maassnahmen. Das Vormuster der Liste für die Namen der Kranken weicht etwas von dem für die Fever-Hospitals ab. Die Liste mit dem Namen der zur Entlassung kommenden Kranken sendet der Clerk zum Verwalter der Hospitalschiffe oder des Pockengenesungsheimes. Dieser händigt sie dem Capitän des Transportdampfers ein. Die Entlassung der von den Pocken Genesenen erfolgt von den Werften aus. Soll ein Kranker unter 16 Jahren von den Hospitalschiffen entlassen werden, so benachrichtigt der Clerk des Board die Angehörigen, zu bestimmter Zeit an der Werft zu sein. Erscheinen dieselben nicht, so theilt der Werftverwalter dies dem Hauptamte mit, sorgt aber, bis ein bestimmter Bescheid seitens des Clerk des Boards betreffs des Kindes anlangt, in erforderlicher Weise für dessen Aufenthalt. Der Kranke wird im Wagen zur Werft gebracht; die South Wharfe besitzt sechs, die North Wharfe zwei, die West Wharfe keine Einzelbeobachtungsräume. Letztere wird nur zur Zeit von Epidemien in Betrieb gesetzt; die Kranken bleiben hier im Wagen, bis sie vom Dampfer abgeholt werden. Die Beobachtungsstation der South Wharfe befindet sich in einer Wellblechbaracke, deren innere Räume mit polirtem Holz getäfelte Wände haben. Die einzelnen Zimmer enthalten ein Bett, Betttisch und anderes Erforderliche und sind einfach und sauber gehalten. Die Kranken bleiben nur bis zur Feststellung der Diagnose in der Station. Zeigt sich, dass keine Pocken vorhanden, so wird der Kranke nach Hause geschafft. Ist der Fall aber als Pocken festgestellt, so kommt der Kranke auf den Transportdampfer und bleibt hier, bis dieser ihn zu den Hospitalschiffen führt. Der Dampfer fährt täglich einmal, oder, wenn erforderlich, zwei-, und bei Epidemieen dreimal zu den Schiffen. Die einfache Fahrt dauert länger als zwei Stunden. Die South Wharfe enthält noch eine Caserne für die Mannschaften und ein geräumiges Haus für die fünf für den Stationstransportdienst bestimmten Nurses, welchen eine Oberin vorsteht. Das Haus ist bequem für den Aufenthalt der Nurses ausgestattet. Ein mächtiger, mit Wellblech gedeckter, ganz in Eisenbau ausgeführter Gang führt von der Wharfe zu einem weit im Wasser erbauten Steg, an welchen die Dampfer bequem anlegen können, sodass die Kranken direct und geschützt auf den Dampfer gebracht werden. Es sind fünf Dampfer im Dienst und ein Aushülfsdampfer vorhanden. Dieselben enthalten 52, 16 und 4, zwei je 32 Betten, welche in kastenartigen Behältern in der Längsrichtung der Cajüten untergebracht sind; für die Nurse ist ein Raum vor diesen und für den Arzt eine Cajüte auf Deck verfügbar. Die Kranken können in den Dampfern wie auf dem Lande behandelt werden; sie werden nur, wenn ihr Zustand es erlaubt oder die Tageszeit nicht zu vorgerückt ist, zu den Hospitalschiffen befördert, im anderen Falle auf der Werft zurückbehalten. Das Stromkrankentransportwesen untersteht einem besonderen Oberarzte.

Von den Hospitalschiffen selbst, welche in der Nähe von Dartford (Kent) dicht am Ufer der Themse liegen, ist „Atlas“ und „Endymion“ 1881, „Castalia“ 1884 eröffnet worden. Das Schiff „Endymion“ dient als Wirthschaftsgebäude, die beiden andern zum Aufenthalt von 300 Kranken; ein Schiff für Frauen, das andere für Männer. Die drei Schiffe sind durch Gänge mit einander verbunden; der Gang vom Verwaltungsschiff zum männlichen Schiff ist mit Wellblech gedeckt, mit Oberlicht versehen, der andere Gang ist offen.

Der Endymion ist eine alte, von der Admiralität überlassene Fregatte von 253 Fuss Länge. Das Schiff hat ein Zwischen- und Unterdeck; oberhalb des ersteren sind die früheren Cabinen für die Servants Men hergerichtet, einfach und sauber gehalten. Unter diesen befindet sich die Küche, welche mit Dampfkochapparaten, Wärmvorrichtungen und prächtigem Kupfergeschirr eingerichtet ist, ferner schöne Ess- und Aufenthaltsräume (Sitting rooms) für die Nurses, Verwalter und Aerzte. Im Unterdeck liegen die Schlafzimmer der Nurses und eines Theiles der weiblichen Dienerschaft.

Das Schiff für pockenkranke Frauen, der „Atlas“, ist ein gleichfalls von der Admiralität überwiesener Dreidecker, 275 Fuss lang, 40 Fuss breit. Die Schiffsluken sind zu Fenstern erweitert, und in der Mitte des Schiffes ist ein breiter, grosser Verbindungsschacht durch alle Decks hergestellt, wodurch eine gute Lüftung bewerkstelligt wird. Das Zimmer für den Chefarzt befindet sich auf diesem Schiff. Es ist überall elektrische Beleuchtung vorhanden; die Heizung, besonders in den Krankensälen, geschieht durch Heisswasser, welches durch Röhren in die Säle geleitet wird. Der Dampf wird von diesem Schiff mittelst elastischer Dampfrohre zu den anderen Schiffen geleitet. Die Röhren liegen in den Sälen unter der Decke. Beleuchtung und Lüftung ist in den drei Schiffen die gleiche; in der Castalia erfolgt die Heizung mit Dampf. Der Atlas hat drei unter einander liegende grosse Krankensäle zu je 60, 50 und 40 Betten. Unter dem tiefsten befindet sich die Capelle und der Maschinenraum, beide gemeinsam für die drei Schiffe, bereits unter dem Wasserspiegel liegend. Die Säle sind zwar etwas niedrig, jedoch geräumig und luftig, wenngleich eine Belegungszahl mit 60 und auch 40 Betten doch etwas zu hoch zu sein scheint. Uebrigens sind hier, wie auch in einzelnen anderen Hospitälern Londons über dem Kopfende der Betten himmelbettartige Gardinen befestigt, eine in Deutschland wohl nicht mit Unrecht streng vermiedene Einrichtung. Die Bettstellen sind einfach aus Eisen. Auf dem obersten Verdeck des Schiffes ist ein in der Mitte getheiltes Haus mit schräg nach beiden Seiten abfallendem Dach erbaut. Die eine Hälfte dieses Hauses ist für Zwecke der Verwaltung, Aufenthaltsräume u. s. w. bestimmt, in der anderen Hälfte befinden sich Krankenzimmer zur Aufnahme von Erkrankten des ärztlichen, Pflege- und Dienstpersonals, des Staffs der Schiffe.

Jeder Krankensaal hat Wärmküche, deren Tische mit eisernen mit Heisswasser zu erwärmenden Platten mit Vertiefungen versehen sind, auf

denen die von der Hauptküche gebrachten Speisen weiter zerlegt werden. Ausserdem ist für jeden Saal eigener Closet-, Bade- und Waschraum vorhanden, kurz, es ist auf den Schiffen eine vollständige Hospitaleinrichtung hergestellt.

Noch interessanter ist der Bau des Schiffes „Castalia", welches zur Aufnahme für die Männer bestimmt ist, und dessen Aeusseres nicht mit Unrecht mit der Arche Noah verglichen worden ist. Das Schiff ist ein Zwillingsboot mit zwei Kielen, welches ursprünglich zur Ueberfahrt über den Canal bestimmt war; der Doppelbau sollte das Schwanken verhüten. Der Zweck wurde jedoch nicht erfüllt, und daher das Schiff für andere Dinge benutzt. Es ist aus Eisen erbaut, 285 Fuss lang, über 60 Fuss breit. Auf dem Oberdeck sind in schräger Stellung zur Axe des Schiffes fünf zweistöckige Häuser errichtet. Die Grundflächen der beiden äusseren messen je 50 × 25 Fuss, während die Ausdehnung der drei inneren 15 × 18 Fuss beträgt. An ihren Seiten verläuft eine Gallerie. Die Gebäude haben in den zwei Stockwerken je zwei grosse Räume mit je fünf Krankensälen, welche höher wie in dem älteren Schiff, sonst von analoger Einrichtung und Beschaffenheit sind. Auch Castalia enthält 150 Betten. Die gesammten Aussenwände der Hospital-Ships sind grau gestrichen.

Am Ufer befindet sich Dampfwäscherei, wo die gesammte Wäsche der Kranken und des Personals der Schiffe gewaschen wird; auch hier sind Schlafräume für das Dienstpersonal. In Fällen, wo die Schiffe voll belegt sind, wohnt auch ein Theil des übrigen Personals am Ufer. Ferner sind hier Maschinen zur Erzeugung des elektrischen Stromes für die Beleuchtung der gesammten Schiffsanlage und ein Sectionshaus errichtet.

Die Behandlung der Kranken ruht in den Händen eines Chef- und eines Assistenzarztes mit 20 Nurses; in Zeiten von Epidemieen ist die Zahl auf vier bis fünf Assistenten und 50 bis 60 Nurses verstärkt.

Ein neues Heim für Pockenkranke wird demnächst auf Joyce Green Farm in Dartford für 880 in gemeinsamen Sälen und 72 in Einzelräumen unterzubringende Patienten errichtet werden.

Zur Aufnahme für Genesende von Pocken dient das Gore Farm Hospital (1890), mit 1192 Betten, welches jedoch, wenn Pockengenesende nicht vorhanden, für Reconvalescenten der anderen ansteckenden (Fever-) Krankheiten, besonders Scharlach, benutzt wird.

Das gesammte Personal der Hospital-Ships und des Flusskrankentransportwesens wird in bestimmten Zeitabschnitten, von drei bis fünf Jahren, geimpft. Nur 10 Personen des „Staff" wurden bis jetzt von Pocken ergriffen, 1884: 4 und 1885: 6. Hierbei ist zu bemerken, dass bis zum Jahre 1893 das gesammte Personal erst beim Eintrit zum Dienst geimpft wurde, und das jene 10 zum ersten Mal und ohne Erfolg geimpft waren. Seit 1893 muss jedes Mitglied des Personals vor dem Antritt des Dienstes mit Erfolg geimpft sein, und seit dieser Zeit sind keine Pockenfälle beim Staff mehr vorgekommen. Betten und Geräthschaften

der Schiffe werden mit strömendem Dampf desinficirt. Die Krankensäle werden häufig gewaschen und nur desinficirt, wenn die Schiffe von Arbeitern ausgebessert werden müssen. Die Desinfection der ausser Betrieb gesetzten Schiffe erfolgt mit Schwefeldämpfen, die der Krankelsäle mit Sublimat.

Im Jahre 1895 kamen 1045 Kranke zu den Werften; von diesen wurden 905 direct und 21 nach Beobachtung zum Hospitalschiff befördert. Zwei starben in den Baracken, drei auf den Dampfern, einer wurde von den Baracken entlassen, so dass im Ganzen 932 Pockenkranke 1895 in den Werften aufgenommen waren; von den übrigen 113 wurden 43 direct nach Hause entlassen, weil sie keine Pocken hatten, 69 nach Beobachtung fortgesendet: ein Kranker starb an Unterleibstyphus".

Das Verfahren des Flussschiffkrankentransportes hat sich auch in früheren Feldzügen bewährt. Besonders ist diese Beförderungsart im Amerikanischen Kriege 1865 angewendet worden. Ferner war auf der internationalen Ausstellung für Gesundheitspflege und Rettungswesen 1876 in Brüssel ein Krankentransportschiff ausgestellt, welches die Schwedische Gesellschaft vom Rothen Kreuz hergerichtet hatte, und welches ich in meiner Arbeit 1894 abgebildet. Seit mehreren Jahren haben die Deutschen Vereine vom Rothen Kreuz auch auf den Krankentransport auf Schiffen ihr Augenmerk gerichtet und denselben auf ihren Uebungen eifrig betrieben. So wurden in Bayern Uebungen mit Mainschiffen veranstaltet, welche eine Länge von 18 Metern eine Breite von 2 Metern und eine Höhe von 80 cm besitzen. 24 Krankenbahren finden in einem solchen Schiffe Platz, während noch ausreichender Raum für Ess- und Waschtisch, Verbandkasten, Nachtstuhl bleibt. Die Bahren werden in sieben Gestellen befestigt. Abbildung und Beschreibung dieser Gestelle findet sich in meiner erwähnten früheren Arbeit. Hier liegen die Tragen in zwei Reihen übereinder. Schwerkranke haben die obere Reihe, leichter Erkrankte und Wärter die untere inne.

Bei der Hamburger Kolonne vom Rothen Kreuz, die unter der Leitung von Dr. Soltsien steht, ist ein anderes Verfahren zur Beförderung Verwundeter in Schuten angegeben: „An der Längsseite des Schiffes wird in der Höhe des anzubringenden Gestelles ein Brett angenagelt, und an dieser Latte eine Art Leiter mit zwei Sprossen befestigt. Der Leiter gegenüber wird ein Gestell in Sägebockform aufgerichtet, und über beide Theile oben und unten ein Querholz mit zwei Knacken gelegt, durch die zur Befestigung ein Holzpflock gesteckt wird. Nach Aufstellung eines zweiten Geräthes können vier Tragen, zwei oben und zwei unten untergebracht werden". Auch bei vielen anderen Sanitätscolonnen wurden Uebungen in der Beförderung von Kranken auf Flussschiffen abgehalten, und 1896 stellte das Central-Comité des Preussischen Vereins vom Rothen Kreuz auf der Berliner Gewerbe-Ausstellung ein für den Transport Schwerkranker oder Schwerverwundeter ausgerüstetes Fahrzeug aus. Dasselbe stellt einen Theil eines Schiffssanitätszuges dar, welcher aus 4 Fahrzeugen für solche Patienten besteht, welche nur liegend trans-

portirt werden dürfen, und aus 2 für leichtere Kranke, welche sitzend oder umhergehend verweilen können, ferner aus einem Schleppdampfer, auf welchem Leichtkranke untergebracht werden. Die Beschreibung jener Tranportart lautet dann weiter:

„Der grosse Laderaum zwischen Cajüte und Mastbaum dient als eigentlicher Krankenraum für 35 Kranke; der kleinere Raum im vorderen Theil des Fahrzeuges ist durch eine Holzwand in zwei Abtheile geschieden, von denen der eine für zwei verwundete Officiere, der andere für zwei Krankenpfleger, sowie zur Unterbringung von Gegenständen des medicinisch-chirurgischen und öconomischen Etats eingerichtet ist.

Zu beiden Seiten der Segelducht führen Treppen von der Bordwand in die Räume herab. Zur Abhaltung der von aussen herabströmenden kälteren Luft sind Thüren anzubringen.

Zur Belichtung der Räume sind Fenster, mit stellbaren Scheiben versehen, in die Bordwände eingeschnitten.

Zur Ventilation werden einzelne Belegbretter des Verdecks abgehoben. Vor Regen oder grellem Sonnenlicht schützt ein übergespanntes Sonnensegel.

Ein ähnliches Sonnensegel ist über dem Dach der Kajüte ausgespannt, theils zur Abhaltung der Sonnenhitze vom Innern, theils zum zeitweisen Aufenthalt darunter für einzelne Kranke.

Die Kajüten zweier Fahrzeuge sind bestimmt für je zwei Krankenpflegerinnen, Schwestern vom Rothen Kreuz, die der anderen für je einen Assistenzarzt oder einen Rendanten.

Auf dem Dampfer . . . . werden im vorderen Laderaum 20 bis 24 Leichtkranke, welche auf pritschenartigen Gestellen mit Strohsäcken gelagert sind, untergebracht. Die Ventilation wird durch einen Luftsack bewirkt; ein übergespanntes Zeltdach hält die Sonnenhitze ab und dient zugleich, wenn es um die Treppenöffnung enger zusammengeschlagen wird, zur Abhaltung des kälteren Luftzuges bei ungünstiger Witterung.

In der Kajüte des Dampfers befindet sich die Wohnung des Chefarztes. Der Laderaum vor der Kajüte wird durch Holzwände in zwei Räume geschieden, zwischen denen eine Treppe hinabführt. Der eine Raum dient zur Unterbringung der Waffen, Bekleidungs- und Ausrüstungsstücke der Kranken, als Kammer, der andere für zwei Oberlazarethgehülfen und den zu engagirenden Stromlootsen.

Der ganze Zug fasst, da die beiden Fahrzeuge für Leichtkranke je 44 bis 46 Mann beherbergen, 220 und mehr Kranke oder Verwundete.

Alle Fahrzeuge führen die weisse Flagge mit dem rothen Kreuz.

Das Einbringen der Schwerverwundeten in die Räume geschieht mittels der Schiffswinde, nach Aufstellung der Tragbahren bezw. Bettstellen auf einem Untergestell, oder durch Eintragen über einen Laufsteg. Die Reihenfolge bestimmt der Chefarzt nach voraus entworfenem Plan. Die aufzuhängenden Tragen kommen zuletzt.

Alles geschieht nach bestimmten Commandos, für welche die Krankenträger vorher genau einzuüben sind.

Das Herausschaffen der Kranken erfolgt in entsprechender Weise, die hängenden Tragen zuerst.

Die Heranführung der Verwundeten aus den Lazarethen oder sonstigen Unterkunftsräumen wird wesentlich beschleunigt und erleichtert durch die Auflagerung der Tragbahren mit ihren Tragestangen auf die hier aufgestellten Fahrgestelle, nach der daselbst angegebenen Beschreibung.

Die Fahrordnung des Zuges ist . . . . für die Fahrt stromab und sromauf verschieden. Während die Fahrzeuge bei der Bergfahrt zu zweien verkoppelt geschleppt werden, folgen sie bei der Fahrt zu Thal so, dass der Dampfer je eines zu jeder Seite führt, während er die anderen vier, enge untereinander verkoppelt, in längerer Entfernung schleppt.

Bei etwaigem Festfahren des Dampfers wird diesem sofort das Signal zum Auswerfen der Heckanker gegeben. Bei günstigem Wind kann auch behufs des Segelns eine Theilung des Zuges in Sectionen erfolgen.

Die Verpflegung an Bord beschränkt sich auf Verabreichung kalter Küche und Zubereitung von warmen Erfrischungs- und Belebungsmitteln. Die Hauptspeisungen erfolgen auf den vielen längs des Stromes gelegenen Verpflegungsstationen, woselbst Damen des Vaterländischen Frauen-Vereins bereit sind, den Kranken die Speisen mit den erforderlichen Essgeschirren zu reichen".

Der Transport von Kranken bei der Kriegsmarine wird ausführtich in dem betreffenden Capitel geschildert.

### III. Besondere Maassnahmen für Krankentransport im Gebirge.

Derselbe gestaltet sich wie bereits bei den Transportgeräthen dargelegt, in sehr verschiedener Art von der Beförderung auf ebenen Wegen. Man hat in einzelnen Gebirgen an besonders bekannten Stellen, in den Alpen in den Hütten, aber auch in minder hohen Gebirgen z. B. im Harz an einzelnen leicht sichtbar gemachten Stellen in Häusern Tragbahren untergebracht und sich — im Hochgebirge — der für die Berge in Betracht kommenden Kraxen bedient, welche einen geeigneten Transport in den Bergen gestatten. Es wird hier hauptsächlich die Beförderung Verunglückter in Betracht kommen, jedoch auch Erkrankte werden, wenn auch viel seltener, befördert werden müssen. Gerade im Gebirge zeigt sich die Wichtigkeit des Krankentransportwesens, da es ja hier bei Unglücksfällen hervorragend darauf ankommt, den Verunglückten so schnell als möglich weiterer endgültiger Versorgung zuzuführen. Ist diese Thätigkeit bei anderen Unfällen, wie wir bereits gesehen, die hauptsächlichste, so ist dies besonders in unwirthlichen Gebirgsgegenden der Fall, welche häufig genug Zeugen von Unfällen sind. Der Verunglückte fühlt gerade hier fern von der menschlichen Gesellschaft seine Hülflosigkeit in besonders hohem Maasse und sehnt sich, so schnell als möglich seine verletzten Gliedmaassen nach Anle-

gung der nothwendigsten Verbände weiter sachgemäss behandeln zu lassen. Es ist ein ganz hervorragend verdienstvolles Werk, dass in neuerer Zeit sich verschiedene in jenen Gegenden wohnende Sachverständige, als auch solche aus anderen Gegenden, welche häufig sich dorthin begeben und die Nothwendigkeit besonderer Hülfsmittel hier erkannt hatten, es haben angelegen sein lassen, auch für die Hochgebirge Einrichtungen herzustellen und anzuordnen, deren Anwesenheit in diesen Gegenden unerlässlich erscheint. Vor allen Dingen ist Bernhard-Samaden zu nennen, welcher einen trefflichen Atlas der vorzugsweise im Gebirge sich ereignenden Unfälle zusammengestellt und auch die Versorgung Verunglückter beschrieben hat. Natürlich nimmt hier die Beförderung der Kranken einen Hauptheil ein. Aber selbst aus diesem Werke lassen sich nicht alle Fälle, welche vorkommen können, ermessen, sondern es bleibt den Begleitern eines Verunglückten immer überlassen, mit Besonnenheit und Geistesgegenwart vorzugehen, um die erforderlichen Maassnahmen zu treffen und alles im Augenblick Nothwendige zu besorgen. Ausserdem hat Seydel und ferner Lieber diesbezügliche Erfahrungen von den Bayerischen Alpen zusammengestellt. Hervorzuheben ist, dass im Gebirge natürlich nicht immer die in den Clubhütten untergebrachten Transportgeräthschaften erreicht werden können, sondern dass gerade hier die Improvisation ein dankbares Feld findet. Man hat daher jetzt auch begonnen, die Führer im Hochgebirge in der ersten Hülfe auszubilden und besonders dabei die Krankenbeförderung berücksichtigt. Ausserdem wird die Improvisation, welche da, wo jede Vegetation aufhört, grosse Schwierigkeiten darbietet, eingeübt und gezeigt, dass man mit relativ kleinen Mitteln auch auskommen muss, um selbst einen Schwerverletzten fortzuschaffen. Das Weitere hierüber wird in dem besonderen Abschnitt über Improvisationen der Transportgeräthe dargelegt werden. Ausserdem sind in niedrigeren Gebirgen die Gasthäuser geeignete Orte zur Aufstellung der Beförderungsgeräthschaften, und ferner können die Führer einzelne Theile von Tragen bei sich führen und dieselben nöthigenfalls zusammensetzen. Solche Tragen sind oben beschrieben und zwar die Tragschürze von Majewski, welche für solche Zwecke noch einfacher gestaltet werden müsste, und ferner die Trage, deren Sitz nur aus Segeltuch besteht, und welche von zwei Menschen so gehalten wird, dass die Riemen über die Schultern eines jeden Trägers gelegt werden, welche den Sitz zwischen sich noch mit je einer Hand erfassen. Auch Kormann legt grossen Werth auf die Anwesenheit ausreichender Transportmittel, von Bahren und Kraxen, in den Clubhütten und fügt hinzu, „dass auf einem Schneefelde oder in einer Felsenwüste der Möglichkeiten für improvisirte Transportmittel sehr wenige sind, und dass der Transport eines Schwerverletzten auf diesen unvollkommenen Geräthen kein angemessener ist“.

## IV. Besondere Maassnahmen für Krankentransport in Bergwerken.

Auch dieser erfordert nach der Eigenart des Ortes andere Maassnahmen und Geräthschaften als alle vorhergehenden Arten von Krankenbeförderung. Vergegenwärtig man sich den Ort selbst, so ist ohne Weiteres deutlich, dass die Beförderung von plötzlich Erkrankten und Verunglückten hier meistens mit grossen Schwierigkeiten verbunden ist, da es sich ja in den meisten Fällen um eine Beförderung bei einem Grubenunglück handeln wird, wo ganz andere Hindernisse für das Rettungswerk sich in den Weg stellen als auf der Erdoberfläche. Bei Einzelunfällen und -erkrankungen gestaltet sich die Beförderung auch noch sehr schwierig, weil die Wege in den Bergwerken nur für Gesunde bestimmt sind. Die Wege sind feucht und glatt, ferner sind die Schächte oft so niedrig, dass ein Mensch nur ganz gebückt dieselben passiren kann. Für alle diese und noch andere Verhältnisse müssen die Transportmittel und -einrichtungen angepasst sein. Auch auf diesem Gebiete des Krankenbeförderungswesens hat sich gegen früher ein Umschwung vollzogen, indem man auch in Deutschland vorzüglich in einzelnen Gruben das Rettungswesen in ganz hervorragender Weise geregelt hat, wobei die Fortschaffung der Verunglückten naturgemäss die Hauptrolle spielt, da selbst die Anlegung von Nothverbänden an der Unfallstelle im Bergwerk auf sehr erhebliche Schwierigkeiten stösst. Hier ist nur das allernothwendigste, was direct für die Erhaltung des Lebens erforderlich erscheint, zu thun, und dann der Verunglückte auf schnellstem Wege an die Erdoberfläche zu schaffen. Die Unfallstelle selbst ist nach einem Unglück, Explosion oder Grubenbrand, wegen der häufig für die Retter vorliegenden Gefahr nur schwer zu betreten.

Zur Fortschaffung von Verunglückten sind die eisernen Grubenhunde, die kleinen Fahrzeuge, welche in den Bergwerken auf Schienen fahren und den Verkehr der einzelnen Schächte unter einander und auch mit der Oberwelt vermitteln und früher für Krankentransport gebraucht wurden, nicht sehr geeignet. Der Fahrkorb im Förderschacht enthält Schienen, auf welche der Wagen herauffahren kann, sodass eine Herausschaffung von Verunglückten hierdurch wohl ermöglicht, für den Patienten aber nicht sehr zuträglich ist. Die in den Bergwerken in England u. s. w. gebräuchlichen Tragen, auf welchen ein Kranker in aufrechter Stellung befördert werden kann, was in Bergwerken auch oft geeignet beziehungsweise sogar nur ausführbar ist, wenn die Förderräume sehr eng sind, sind oben beschrieben worden. Ausserdem kommen aber noch andere Beförderungsmittel in Frage, welche sich in einzelnen Gruben finden. Ganz ausgezeichnet sind die Vorkehrungen auf der Zeche Shamrock bei Herne, welche durch die Bemühungen von Director G. A. Meyer dort eingeführt sind. Die schlittenartig gebauten Kufen sind bereits oben erwähnt. An ihnen ist neuerdings eine Verbesserung angebracht, indem der Längstheil der Trage winklig, wie zur Beförderung von Patienten mit Oberschenkelbrüchen, gestellt werden kann, was viel-

fach für Verunglückte im Bergwerke bequemer ist. Das „Rettungsbrett“ dient gleichfalls zur Fortschaffung Verunglückter. Auf einem Brett wird der Verletzte mit Riemen befestigt und mit einem am Kopfende angebrachten Handgriff in wagerechter oder schräg liegender Haltung fortgeschleift. Auch Meyer spricht die Forderung aus, dass der Verunglückte im Allgemeinen grundsätzlich, wenn irgend möglich am Unfallsorte auf die Trage gelegt wird und seine Lage beibehält, bis er in weitere Behandlung in die Verbandstube über Tage gelangt.

Ausser in diesem Grubenrevier sind noch in anderen Bergwerken treffliche Vorkehrungen für Errettung Verunglückter getroffen. So sollen nur die Vorkehrungen im Steinkohlenbergwerk „König“ bei Königshütte, die Bergpolizei-Verordnungen des Oberbergamtes Breslau und Dortmund erwähnt werden. In ersteren wird betont, dass auf jedem Bergwerk trag- oder fahrbare Einrichtungen zur Beförderung von Kranken vorhanden sind, während für den Dortmunder Bezirk auf je 100 in der Hauptförderschicht beschäftigte Personen mindestens eine Tragbahre und auf jeder selbstständigen Schachtanlage mindestens ein Krankentransportwagen verlangt wird. Der Saarbrücker Knappschaftsverein hat für den Transport Verunglückter grosse vierrädrige von Pferden gezogene Krankenwagen, ferner zweirädrige Fahrbahren und Tragen. Der Transportwagen fasst 5 Personen, von welchen 3 in dem vorderen offenen Raum Platz finden. Dieser ist mit weit überstehendem Verdeck und mit hohem Spritzleder versehen. Der hintere Raum ist geschlossen, an beiden Seiten sind zwei mit Vorhängen versehene Schiebefenster. Die Oeffnung des Wagens geschieht durch zwei hintere Flügelthüren, durch welche zwei auf Bahren gelagerte Kranke eingeschoben werden können. Die beiden Abtheilungen des Wagens sind durch ein von beiden Seiten zu öffnendes Fenster verbunden. Die Vertheilung der Transportgeräthe ist so, dass je ein grosser Krankenwagen für jede Grubenabtheilung mit grösserem Betriebe vorhanden ist. Kleinere Abtheilungen sind mit Fahrbahren ausgerüstet, welche auch ausserdem zur Reserve dienen. Tragbahren sind auf allen Gruben bereit. In Shamrock sind in jedem Steigerevier an einer bestimmten Stelle neben anderen Rettungsgegenständen Tragen aufgestellt.

Ganz hervorragend ist auch das Rettungswesen im Karwiner Revier eingerichtet. Es sind dort, wie wir noch bei der Schilderung der Einrichtungen sehen werden, eigene Dienstanweisungen für Unglücksfälle vorgesehen, und hierbei eigene Beamte für den Transport der Verwundeten bestellt. Besondere Maassnahmen sind auch in Belgien vorhanden, wo zahlreiche Bergwerke sind. Daniel hat in einer Arbeit über Erste Hülfe bei Grubenunfällen ganz besonders das Krankenbeförderungswesen berücksichtigt und recht gute Abbildungen der verschiedenen Transportarten, welche in Bergwerken in Anwendung gelangen, geliefert. Auch in Deutschland sind solche private Anweisungen vorhanden, z. B. von Greven, und in Oesterreich von Korbelius. Ersterer schreibt vor, einen Bewusstlosen so schnell als möglich an das Tageslicht zu schaffen, und

dort mit ihm künstliche Athmung zu üben. Haldane hat darauf hingewiesen, dass die frische Luft auf die Betäubten nachtheilig wirke, sodass man nicht ohne Weiteres die Bewusstlosen in frische Luft bringen solle. Korbelius hat in seiner Arbeit einen Tragsessel beschrieben, welcher dem Stiegensessel von v. Mundy und Czerny ähnlich ist, und welchen er besonders zum Gebrauch in Bergwerken empfiehlt, da er auf die Fahrschale gestellt werden kann und dann noch einigen Begleitern auf Platz lässt. Wenn nun auch dieses Transportgeräth für Gruben recht gute Dienste leisten wird, so kann ich doch die von Korbelius abgebildete Art der Beförderung von Kranken durch Menschen allein nicht gut heissen. Dort umfasst der eine Träger den Kranken von hinten her unter den Armen und faltet seine Hände über der Brust des Verunglückten, während der zweite Träger die von hinten her in den Kniekehlen erfassten Beine des Kranken hält und zwischen den Beinen dieses geht. Eine solche Beförderung ist aus dem Grunde zu widerrathen, weil, wie ich dies auf S. 372 dargelegt, der hintere Träger den Brustkorb des Kranken zusammendrückt und auch sonst in sehr unsicherer Weise hält. Einen Bewusstlosen aber auf diese Art noch mehr die Athmung zu behindern, dürfte nicht empfehlenswerth sein.

## V. Besondere Maassnahmen für Krankentransport durch Improvisationen.

Zwar ist diese an verschiedenen Stellen der vorliegenden Arbeit bereits angedeutet, aber noch nicht zusammenhängend dargestellt. Port bemerkt mit Recht, dass für Friedenszeiten improvisirte Transport- und Verbandmittel nicht gebraucht, sondern die erforderlichen Stücke etatsmässig bereitgehalten werden sollen. Für grosse Städte sollen Improvisationen nur ganz ausnahmsweise vorkommen. In einer Grossstadt müssen stets die betreffenden Dinge vorräthig sein und nicht erst für den Augenblick hergestellt werden, da hier zahlreiche Erkrankungs- und Unglücksfälle sich ereignen, und zu viel Zeit durch besondere Herstellung von Transportgeräthen verstreichen würde. Ganz anders gestalten sich die Verhältnisse im Kriege, wo eine so grosse Zahl von Patienten vorhanden ist, dass unmöglich für alle in ausreichender Weise vorgesorgt werden kann. Es beschäftigt sich daher auch die freiwillige Krankenpflege für den Krieg hervorragend mit der Einübung der Improvisation der Geräthschaften, und auch die staatlich eingerichtete Kriegskrankenpflege berücksichtigt diese Verhältnisse in hohem Maasse.

Sehr wichtig ist die Improvisation für das flache Land. Die oben kurz geschilderte Art der Krankentransporteinrichtung auf dem Lande ist als Improvisation anzusehen, bei welcher ein nicht für die Zwecke des Krankentransportes gebauter Wagen durch Anbringung verschiedener Vorkehrungen für diesen Zweck hergestellt wird. Auch die Herrichtung eines Feldwagens mit Stroh oder Betten gehört hierher, und ferner lassen sich verschiedene Arten von Improvisationen hier bewirken, welche sich

aus der im Augenblick vorhandenen Lage ergeben. Wagen aller Art sind auch an anderen Orten, wenn im Nothfalle nichts anderes vorhanden, zu benutzen, allerdings mit der Einschränkung, dass stets nur solche Fahrzeuge benutzt werden sollen, welche eine möglichst bequeme und — wie meistens erforderlich — ausgestreckte Haltung des Patienten zulassen, sodass Droschken von einer solchen Beförderung, ausser von Leichtkranken und Verletzten, welche sitzen können, auszuschliessen sind. In sinnreicher Art hat man auch bei Gelegenheit verschiedene Fahr- und Tragbahren improvisirt, wie die Beispiele des grossen Amerikanischen und der von den Engländern in Indien und Afrika geführten Kriege beweisen. In den Veröffentlichungen über diese sind die betreffenden Krankentransportmittel abgebildet.

Im Frieden sind die Improvisationen ganz besonders für Transporte von Kranken in bestimmten Gegenden geeignet und zwar in hervorragender Weise im Gebirge, auf dem Lande, auf dem Wasser und bisweilen auch auf der Eisenbahn. Im Gebirge, wo Transporte von Verunglückten an Stellen stattfinden müssen, wo kein Strauch, Baum oder Wachsthum von irgend welchen Pflanzen mehr vorkommt, ist die Kunst Geräthschaften herzustellen, um einen Menschen fortzuschaffen, natürlich ganz besonders schwer auszuüben. Als Tragstangen für Tragen eignen sich vortrefflich die Bergstöcke, deren man je einen in die Aermel einer Jacke oder Rockes stecken kann. Sind noch Bäume vorhanden, so können aus Zweigen und Aesten Tragen hergestellt werden, besonders wenn man Bergstöcke zur Hand hat. Auch Moos, Baumrinde lässt sich mit Bindfaden und Bergstöcken zu einer Trage verarbeiten, wie auch das Material des Rucksackes sich zu einer solchen eignet. Bernhard-Samaden hat, wie erwähnt, alle diese Verhältnisse in seinem Leitfaden berücksichtigt und durch vortreffliche Abbildungen veranschaulicht. Auch Lieber-Innsbruck schildert in seiner den gleichen Gegenstand behandelnden Schrift die Improvisation der Krankentransportgeräthe für das Gebirge sehr genau. Auf dem flachen Lande ist die Improvisation schon leichter, da hier als Tragen Thüren, Betten, Sophas, welche aus den Häusern herbeigeholt werden, benutzt werden können, ferner Stöcke, Schirme, auf welche der Kranke gesetzt wird, während zwei Träger von jedem Ende den Stab erfassen, und der Patient mit den Armen den Nacken der Träger umgreift. Unendlich zahlreich sind die Herstellungsmöglichkeiten für Transportmaterial in Städten oder in einem Zimmer, in welchem viele Gegenstände sich als benutzbar erweisen. Ausgezeichnet sind Stühle, Tische und dergleichen. Bei Stühlen werden zwei Stangen an jeder Seite an den Stuhlbeinen unter dem Sitzbrett hindurchgesteckt und eventuell befestigt. Bretter aller Art, welche sich überall in bewohnten Räumen finden und einfach gepolstert werden, Leitern, kurz zahlreiche im Haushalt vorhandene Gegenstände eignen sich zur Herstellung von Krankentransportgeräthen. Ihre Anpassung für diesen Zweck muss der Umsicht und dem Talent der Umgebung und der Helfer überlassen bleiben.

Auf dem Wasser müssen gleichfalls Transportgeräthe improvisirt werden. In kleineren Schiffen, wo besonders Transportmittel nicht mitgeführt werden können, müssen solche aus Rudern, Bootsstangen, Sitzbrettern und Segeln hergestellt werden; anch die Joppen der Insassen sind mit Ruderstangen als Tragen geeignet.

## C. Organisation des Krankentransportenwesens.

Sie richtet sich nach den verschiedenen geographischen Verhältnissen der Oertlichkeit, wo der Transport stattfinden soll, das heisst ob in Städten, auf dem Lande, zu Wasser, im Gebirge oder in Bergwerken. Die Beförderungsvorkehrungen für Kranke an den drei letzten Oertlichkeiten sind, soweit erforderlich, geschildert. Die Organisation der Krankenbeförderung ist bei diesen nicht von den Maassnahmen für das Rettungswesen zu trennen und wird bei diesem weiter zu besprechen sein.

Um die Organisation des Krankentransportes in den Städten und auf dem Lande zu schildern, sollen zunächst die diesbezüglichen Einrichtungen in einzelnen

### I. Grossstädten Deutschlands,

soweit sie erwähnenswerthe Verhältnisse bieten, an dieser Stelle erörtert werden.

#### 1. Berlin.

In seinem Werke „Das Gesundheitswesen in Preussen nach deutschem Reichs- und preussischem Landesrecht“ sagt Pistor: „Der Krankentransport ist staatlich nicht geordnet; in einzelnen grösseren Städten bestehen Privateinrichtungen, mit welchen die Polizeibehörden entsprechende Abkommen getroffen haben. Das Berliner Krankentransportwesen dürfte ungeachtet seiner grossen Unvollkommenheiten in Preussen doch noch die beste Einrichtung auf diesem Gebiete sein; dasselbe wird vom Königlichen Polizeipräsidium überwacht“.

Diese 1896 geschriebenen Worte sind heute nicht mehr ganz zutreffend, da seit jener Zeit in Berlin verschiedene Einrichtungen zur Verbesserung des Krankentransportwesens geschaffen worden sind. Allerdings sind auch diese Einrichtungen privater Natur. Die Krankenbeförderung liegt 3 Fuhrunternehmern unter polizeilicher Aufsicht ob. Sie haben die Desinfection der Krankenwagen ausführen zu lassen, in welchen Kranke mit ansteckenden Krankheiten, d. h. mit Cholera, Pocken, Typhus, Diphtherie, Ruhr, Scharlach, Masern, befördert wurden. Diese Wagen haben besondere Bezeichnungen, damit stets nur ansteckende Kranke in ihnen transportirt werden. Jeder Fuhrherr hat 2 Wagen für Beförderung von ansteckenden Krankheiten, sodass für Berlin mit 1 880 000 Einwohnern sechs (!) solcher Wagen zur Verfügung stehen. Die Desinfection der Wagen geschieht in der städtischen Desinfectionsanstalt sogleich nach Ausführung des Transportes. Die Benutzung von öffentlichen Fuhr-

werken ist für den Transport von ansteckenden Kranken untersagt. Hier sind die Wagen der drei Fuhrunternehmer in Anspruch zu nehmen. Für die Beförderung ist von dem Besteller zu zahlen, und zwar je nach der Art des Wagens ein Preis von 8 Mark aufwärts bis 25 Mark und mehr d. h. innerhalb der Stadt Berlin. Krankenkassen zahlen für ihre Mitglieder einen geringeren Satz, ebenso die Stadt Berlin für die Beförderung von Stadtarmen. Bei Beförderung von ansteckenden Kranken sind ausserdem 3,50 Mark für Desinfection des Wagens zu zahlen. Die Wagen III. und II. Classe unterscheiden sich von einander, dass die Wagen III. Classe sehr einfache Transportwagen darstellen, während die Wagen der II. Classe im Ganzen besser ausgestattet sind, und auf dem Fussboden einiger ein Gestell aufgestellt ist, auf welches die Trage aufgesetzt wird, um die Erschütterungen zu verhüten, was natürlich durch eine solche Einrichtung nur in beschränktem Maasse statthaben kann. Eine Beförderung in einem kaleschenartig gebauten Wagen, welcher von hinten her geöffnet und beladen wird, kostet 25 Mark. Die Kaleschenwagen sind bei den drei Geschäften von einander etwas abweichend gebaut. Die Trage steht an einer Seite im Wagen in Höhe des Sitzbrettes, während zwei Begleiter einander gegenübersitzend an der freien Seite Platz nehmen können. Während die Beförderung von ansteckenden Kranken unter Ueberwachung seitens der Behörden nur durch diese drei Fuhrgeschäfte stattfinden kann, ist jetzt in der Herbeischaffung der Wagen, welche für ansteckende Kranke bisher auf Verlangen durch jedes Polizeirevierbureau geschehen konnte, ein ganz ausserordentlicher Fortschritt zu verzeichnen, indem die Berliner Rettungsgesellschaft eigene Fernsprechverbindungen mit den drei Krankentransportgeschäften hergestellt hat, sodass es nur eines Anrufes bei der Centrale dieser Gesellschaft bedarf, um auf schnellstem Wege einen Wagen zu erhalten, bei dessen Bestellung angegeben wird, ob Beförderung eines ansteckenden Kranken oder eines solchen mit nicht ansteckender Krankheit oder mit einer Verletzung vorliegt. Ausserdem ertheilt die Centrale, welche mit sämmtlichen Berliner Krankenhäuser durch eigene Fernsprechdrähte verbunden ist, Auskunft, in welchen Krankenhäusern Betten zur Aufnahme frei sind. Da jetzt auch Nachts Fernsprechdienst eingerichtet ist, so ist auch zu dieser Zeit die Beschaffung von Krankenwagen erleichtert, welcher bisher in der Nacht durch die Polizeirevierbureaus erfolgte, welche die Meldung telegraphisch weitergeben mussten.

Die Beförderung von Verunglückten wird ausserdem durch die Wagen der Unfallstationen besorgt, welche 10 eigene Wagen besitzen. In diesen sind besondere Maassnahmen vorgesehen, um die Kranken möglichst vor Erschütterungen zu bewahren. Die Kranken werden auf einer Bahre auf einer Vorrichtung aufgesetzt, welche ich oben näher beschrieben habe.

In einer Anzahl von Polizeirevierbureaus sind Tragbahren vorhanden, welche aber nicht in sehr erheblicher Weise in Anspruch genommen werden. Um Ertrinkende aus dem Wasser zu schaffen sind in der Nähe einer

Anzahl von Brücken Bettungskähne vom Magistrat angebracht, welche jährlich in einer Reihe von Fällen in Benutzung genommen werden.

Die Beförderung von Kranken auf der Eisenbahn geschieht von Berlin auf Bestellung in dem beschriebenen Salonkrankenwagen.

Leider wird das Verbot der Benutzung öffentlichen Fuhrwerks für Beförderung von ansteckenden Kranken in Berlin wie ja auch anderwärts vielfach umgangen. Ich habe von den drei Städtischen Krankenhäusern eine Zusammenstellung angefertigt, um festzustellen, in welcher Weise die Kranken in die Krankenhäuser gelangen. Das Ergebniss habe ich bei Gelegenheit eines Vortrages im Verein für innere Medicin 1895 angeführt. Es zeigte sich nach einer Aufstellung von drei Jahren folgendes:

Es kamen ins Städtische Krankenhaus:

| | a) Im Friedrichshain. | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Kranke mit Infections-krankheiten [1]) | | | Kranke mit anderen inneren Krankheiten | | | Verletzte und Verunglückte | | |
| | 1892 | 1893 | 1894 | 1892 | 1893 | 1894 | 1892 | 1893 | 1894 |
| Zu Fuss | 571 | 762 | 732 | 5230 | 5997 | 5550 | 504 | 506 | 440 |
| In öffentlichen Fuhrwerken und zwar Droschken | 18 | 28 | 56 | 1387 | 1784 | 1631 | 316 | 355 | 379 |
| In besonderen Krankenwagen | 107 | 106 | 105 | 485 | 380 | 633 | 120 | 109 | 130 |
| Mit anderen Transportmitteln | 28 | 44 | 43 | 187 | 152 | 206 | 74 | 66 | 57 |
| Summe | 724 | 940 | 936 | 7289 | 8313 | 8020 | 1014 | 1036 | 1006 |

| | a) Moabit. | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Kranke mit Infections-krankheiten [2]) | | | Kranke mit anderen inneren Krankheiten [3]) | | | Verletzte | | |
| | 1892 | 1893 | 1894 | 1892 | 1893 | 1894 | 1892 | 1893 | 1894 |
| Zu Fuss | 479 | 457 | 672 | 3118 | 2766 | 4402 | 232 | 143 | 252 |
| In öffentlichen Fuhrwerken | 27 | 38 | 37 | 615 | 747 | 698 | 99 | 117 | 115 |
| In besonderen Krankenwagen | 219 | 71 | 60 | 331 | 350 | 324 | 20 | 30 | 29 |
| Mit anderen Transportmitteln | 7 | 3 | 1 | 71 | 48 | 48 | 17 | 23 | 16 |
| Summe | 732 | 569 | 770 | 4135 | 3911 | 5472 | 368 | 312 | 412 |

| | c) Am Urban. | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Kranke mit Infections-krankheiten | | | Kranke mit anderen inneren Krankheiten | | | Verletzte und Verunglückte | | |
| | 1892 | 1893 | 1894 | 1892 | 1893 | 1894 | 1892 | 1893 | 1894 |
| In öffentlichen Fuhrwerken | 27 | 33 | 23 | 1306 | 1343 | 1272 | 279 | 185 | 206 |
| In besonderen Krankenwagen | 73 | 120 | 122 | 443 | 666 | 563 | 68 | 56 | 65 |
| Mit anderen Transportmitteln | 52 | 17 | 25 | 128 | 145 | 121 | 59 | 47 | 32 |
| Summe | 152 | 170 | 170 | 1877 | 2154 | 1956 | 406 | 288 | 303 |

[1]) d. h. Cholera, Pocken, Unterleibs- und Flecktyphus, Masern, Scharlach, Diphtherie, Wochenbettfieber, Hirnhautentzündung, Rose, Keuchhusten. 2) Ausser den oben genannten noch Lues, Influenza. 3) Ferner Geisteskrankheiten.

I.

| Jahre | Städtische Krankenhäuser | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Moabit | | | Urban | | | Friedrichshain | | |
| | öff. F.[1] | bes. T.-M.[2] | Summe | öff. F. | bes. T.-M. | Summe | öff. F. | bes. T.-M. | Summe |
| 1892 | 642 | 628 | 5235 | 1333 | 823 | 6444 | 1405 | 1001 | 9027 |
| 1893 | 785 | 472 | 6293 | 1376 | 1051 | 7181 | 1812 | 857 | 10289 |
| 1894 | 735 | 433 | 6899 | 1295 | 928 | 6816 | 1687 | 1174 | 9962 |
| Summe | 2162<br>12% | 1533<br>8% | 18427 | 4004<br>20% | 2802<br>14% | 20441 | 4904<br>17% | 3032<br>10% | 29278 |

In allen drei Krankenhäusern wurden aufgenommen:
Summe 68146 Patienten; von diesen waren befördert in
öff. F. 11070 = 16 % der Aufgenommenen, in
bes. T.-M. 7367 = 11 % der Aufgenommenen.

II.

| Jahre | Städtische Krankenhäuser | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Moabit | | | Urban | | | Friedrichshain | | |
| | öff. F. | bes. T.-M. | Summe | öff. F. | bes. T.-M. | Summe | öff. F. | bes. T.-M. | Summe |
| 1892 | 741 | 665 | 5235 | 1612 | 950 | 6444 | 1721 | 1195 | 9027 |
| 1893 | 902 | 525 | 6293 | 1561 | 1154 | 7181 | 2167 | 1032 | 10289 |
| 1894 | 850 | 478 | 6899 | 1501 | 1025 | 6816 | 1361 | 2066 | 9962 |
| Summe | 2493<br>13,5% | 1668<br>9% | 18427 | 4674<br>22% | 3129<br>15% | 20441 | 5954<br>20% | 3588<br>12% | 29278 |

In allen drei Krankenhäusern wurden aufgenommen:
Summe 68146 Patienten; von diesen waren befördert in:
öff. F. 13121 = 19 % der Aufgenommenen, in
bes. T.-M. 8385 = 12 % der Aufgenommenen.

Hieraus ergab sich, dass weit über die Hälfte der gesammten Kranken zu Fuss in die drei Krankenhäuser kamen. 287 ansteckende Kranke bedienten sich gewöhnlicher Fuhrwerke, meistens Droschken, d. h. durchschnittlich für jedes Krankenhaus für das Jahr 32, eine Zahl, welche aber viel grösser wird, wenn hierzu noch jene Fälle von innerlichen Erkrankungen gezählt werden, welche sich später als ansteckende herausstellten. Und noch grösser wird die Zahl ungeeigneter Transportarten, wenn man die Patienten mit chirurgischen Krankheiten hinzurechnet, welche in ungeeigneten Transportmitteln in die Krankenhäuser kamen.

In öffentlichen Fuhrwerken kamen 16 pCt., mit besonderen Transportmitteln 11 pCt. der Aufgenommenen in die drei städtischen Krankenhäuser, soweit es sich um innere und ansteckende Kranke handelt. Fügt man die Zahlen der Verletzten hinzu, welche häufig in besonderer Art zu befördern sind, so erhöhen sich genannte Zahlen auf 19 bezw. 12 pCt.

1) und 2) s. Anmerkung S. 450.

Durchschnittlich wurden in den drei städtischen Krankenhäusern jährlich rund 22000 Kranke aufgenommen, d. h. etwas mehr als der dritte Theil der überhaupt in allen öffentlichen Krankenhäusern zur Aufnahme gelangten Kranken. Berechnet man also jene 11 pCt. der Aufgenommenen, welche jetzt in besonderen Transportmitteln in die städtischen Krankenhäuser kamen, auf die Summe der Kranken in allen Hospitälern in Berlin, so ergiebt sich, dass rund jährlich 6750 Menschen (mit innerlichen Erkrankungen) in Berlin nach den damaligen Zahlen besonderer Transportmittel bedurften, eine Zahl, deren Verhältniss zur Zahl der Aufgenommenen sich wohl auch jetzt nicht geändert haben dürfte. Dass auch jetzt noch eine sehr grosse Zahl von Infectionskranken nicht in den vorgeschriebenen Krankenwagen befördert wird, erhellt auch aus dem Umstande, dass im Jahre 1899 nur 691 mal Desinfectionen von Krankentransportwagen erfolgten, während rund 4400 Fälle von ansteckenden Erkrankungen sich ereigneten, von welchen sicher erheblich mehr als 691 in die Krankenhäuser gelangten. Allein der Durchschnitt obiger 3 Jahre von nur 3 Krankenhäusern Berlins ergiebt schon eine jährliche Aufnahme von 1688 ansteckenden Kranken.

Ich glaube, wohl der erste gewesen zu sein, welcher nach zuverlässigem Material eine Zusammenstellung wie oben angefertigt und hiernach die erwähnte Berechnung gemacht hat. Rubner betont in einem Vortrage am 5. Mai 1894 im Preussischen Abgeordnetenhause die Nothwendigkeit zweckmässiger Transporteinrichtungen für Kranke, nimmt aber nur 5—6 pCt. aller Kranken als diejenige Zahl an, welche eines besonderen Transportes bedarf.

In Anlehnung an meine Arbeiten und besonders an obige von mir gelieferte Zusammenstellung hat in jüngster Zeit Max Hirsch in einer Dissertation: „Ueber den Transport von ansteckenden Kranken in Berlin" gleichfalls die Wichtigkeit des Krankentransportes hervorgehoben. Er erwähnt, dass die geringe Inanspruchnahme der Krankenwagen für ansteckende Kranke, welche sich bei der von mir seiner Zeit veranstalteten Umfrage gezeigt, durch die Kosten für die Wagen bedingt sei, wie ich selbst dies an zahlreichen Stellen ausgeführt. Es hatten nämlich gerade diejenigen ansteckenden Krankheiten, von welchen besonders Kinder betroffen werden, geringe Zahlen für die Beförderung in Krankenwagen, während diejenigen ansteckenden Leiden, von welchen vorwiegend Erwachsene betroffen werden, eine verhältnissmässig grössere Zahl von Transporten in Krankenwagen aufweisen. Bei weiterer Zusammenstellung meiner Zahlen von Kranken mit Typhus, Rose, Kindbettfieber, Grippe fand er, dass von den mit diesen Krankheiten Aufgenommenen 61, bezw. 22, 73 und 34 pCt. in besonderen Krankenwagen in die Krankenhäuser kamen. Die höchsten Zahlen von diesen vier haben aber ferner, worauf ich noch Werth legen möchte, Kranke mit solchen ansteckenden Leiden, deren polizeiliche Meldung vorgeschrieben ist, nämlich Typhus und Wochenbettfieber. Wahrscheinlich waren auch diese Kranken vor ihrer Aufnahme ins Krankenhaus schwerer erkrankt als

diejenigen mit Rose und Grippe, deren Meldung in Berlin nicht polizeiliche Vorschrift ist. Denn die durch die Meldung der Krankheiten für die Polizei ermöglichte Controlle nach der Art der Beförderung der betreffenden Kranken mag in manchen Fällen dazu beitragen, die Umgebung der Kranken und diese selbst zu hindern, das Gebot des Arztes, einen Krankenwagen für den Transport zu bestellen, zu umgehen, und dadurch Kosten für die Beförderung zu ersparen, wie sich dies deutlicher bei den ansteckenden Erkrankungen der Kinder zeigt. Nach der Bestimmung des § 59 des Regulativs sind die Aerzte zur Meldung von Masern, Scharlach, Rötheln verpflichtet, „wenn besonders bösartige und besonders zahlreiche Fälle ihnen vorkommen". Während früher die Meldekarten für ansteckende Krankheiten nur die Worte: „Masern", „Scharlach" enthielten, ist dies auf den neueren in „bösartige Masern" und „bösartiger Scharlach" umgeändert. Solche Fälle bilden glücklicher Weise die Minderheit, und ferner ist durch diesen Wortlaut dem Ermessen des Arztes zur Meldung ein weiterer Spielraum gelassen. Aus beiden Gründen ist wohl anzunehmen, dass jetzt weniger Fälle dieser Erkrankungen im Verhältniss zur wirklich vorkommenden Zahl gemeldet werden. Da also, wenn eine Meldung der Krankheit nicht vorangegangen ist, eine Controlle der Polizei überhaupt unmöglich ist, werden in diesen Fällen, wo die Angehörigen meistens selbst die Kosten für die Beförderung aufzubringen haben, die Kinder nicht, wie es Vorschrift ist, im Krankenwagen in die Krankenhäuser gebracht. Die Erwachsenen, welche Krankenhäuser aufsuchen, gehören meistens denjenigen Kreisen der Bevölkerung an, für welche Krankenkassen, Armenverbände oder andere Körperschaften die Kosten für die Verpflegung zu tragen haben, sodass hier auch bei denjenigen Leiden, wo eine Controlle durch die Meldung möglich ist, die vorgeschriebenen Krankenwagen häufiger benutzt werden. Abgesehen von der Höhe der Kosten kommt noch in Berlin das wenig ansprechende Aeussere der Krankenwagen als Grund hinzu, dass man einer Benutzung derselben möglichst zu entgehen sucht. Bei einer von Hirsch selbst in einigen Krankenhäusern vorgenommenen Umfrage ergab sich weiter, dass von 78 zur Zeit anwesenden ansteckenden Kranken 41 pCt. in Krankenwagen in die Krankenhäuser gekommen waren. Die Zahl der Masern- und Scharlachkranken war hierbei ziemlich gross nämlich 55 und 53 pCt. Für die meisten dieser Kranken hatten aber Anstalten, Körperschaften u. s. w. die Kosten der Beförderung zu tragen. Meine Forderung, in jedem Falle der Krankenaufnahme auch die Art festzustellen, wie der betreffende Kranke in das Krankenhaus gelangte, erscheint wegen aller hier erwähnten Thatsachen eine dringende Nothwendigkeit, umsomehr als sie mit geringer Mühe zu erfüllen ist. Es kann auch hierdurch festgestellt werden, ob die Beförderungsart von Einfluss auf den weiteren Verlauf des Leidens gewesen ist. Auf dem in diesem Jahre in Berlin abgehaltenen Congress für innere Medicin machte Hampeln-Riga den Transport von Kranken mit Pneumonie in die Hospitäler für die grosse Sterblichkeit dieser Kranken in den Kran-

kenhäusern geradezu verantwortlich. Wenn er die Zeit der Krise für als eine Gegenanzeige für die Beförderung dieser Kranken hinstellt, so kann ich ihm hierin nach meinen Eingangs gemachten Erwägungen nicht beipflichten, wohl aber andererseits meiner Befriedigung Ausdruck geben, dass auch er der Beförderung von Kranken einen Einfluss für deren weiteres Verhalten beimisst.

In den Verwaltungsberichten der städtischen Krankenhäuser sind seit meiner Umfrage stets jetzt auch die Transportarten angegeben, durch welche die Kranken in die Krankenhäuser gelangen. Im Stadthaushalt von Berlin für 1901/1902 ist das Krankentransportwesen bedeutend höher als früher bedacht, indem beim Armenwesen hierfür 45000 Mark ausgeworfen sind, gleichfalls ein Beweis der Anerkennung der städtischen Behörden für die Nothwendigkeit sachgemässer Krankenbeförderung.

Die von mir zu Ende jenes Vortrages gegebenen Schlusssätze wurden im Verein für innere Medicin ohne Debatte angenommen, während der Vortrag selbst eine recht lebhafte Erörterung hervorrief. Die Sätze lauteten:

1. Das Krankentransportwesen einer Grossstadt ist behördlicherseits einzurichten und zu verwalten.

2. Die Krankentransportwagen sind am besten in den grösseren Krankenhäusern und Feuerwachen unterzubringen.

3. Die Bestellung der Krankentransportwagen erfolgt direct von deren Unterkunftsplätzen, durch Vermittelung der Rettungswachen oder der Polizeiwachen.

4. Bei der Bestellung der Krankentransportwagen sind den Bestellern sogleich Nachrichten über die in dem gewünschten Krankenhause verfügbaren Plätze zu geben.

5. Die Beförderung von ansteckenden und solchen innerlich Erkrankten, welche nicht gehen können, in dem öffentlichen Verkehr dienenden Fuhrwerken ist zu verbieten.

6. Die Krankentransportwagen werden nach jeder Benutzung im Krankenhause, zu welchem sie fahren oder gehören, gereinigt bezw. desinficirt.

7. Die den Krankentransport ausführenden Träger haben nach jedem Transport ihre Kleider zu reinigen bezw. zu desinficiren.

8. Die Ausführung eines Krankentransportes darf niemals von der Bezahlung abhängig gemacht werden.

Ich hebe besonders hervor, dass ich diese Forderungen aufgestellt habe, ohne damals die in London vorhandenen Einrichtungen aus eigener Anschauung zu kennen, welche eigentlich die meisten Punkte erfüllen, welche ich an ein gut geregeltes Krankentransportwesen stelle. Ich werde dieselben am Schlusse dieser Auseinandersetzungen noch weiter darzulegen haben, nachdem ich noch vorher die in anderen Grossstädten vorgesehenen Einrichtungen kurz geschildert.

Bereits ein Jahr vorher, am 6. März 1894, hatte ich im Aerzte-

verein von West-Berlin einen Vortrag über das Krankentransportwesen in Berlin gehalten und auch hier Schlusssätze aufgestellt, welche besondere Aufmerksamkeit verdienen, als sie einige Monate nach Eröffnung der ersten Unfallstationen in Berlin veröffentlicht sind, zur Zeit also, als trotz der Errichtung dieser in der Regelung des Krankentransportwesens in Berlin sehr wenig geschehen war. Meine damaligen Thesen lauteten:

1. Es ist die Einführung möglichst einheitlicher Verordnungen für den Transport von Kranken in Berlin zu erstreben.
2. Die Stadt Berlin übernimmt den Krankentransport.
3. Der Krankentransport erfolgt kostenlos.
4. Die Stationen für die Krankentransportwagen sind zu vermehren, sei es im Anschluss an die im Sinne der Vorschläge des Aerzte-Vereins von West-Berlin im Jahre 1890 abgeänderten Sanitätswachen, sei es im Anschluss an die Feuerwachen, sei es — wohl am zweckmässigsten — im Anschluss an die bestehenden Krankenhäuser. Im letzteren Fall ist in jedem Krankenhause eine dem Verhältniss der Bettenzahl entsprechende Anzahl von Krankentransportwagen bereit zu halten.
5. Jeder zu einem Transport benutzte Krankenwagen ist zu reinigen und zu desinficiren.
6. Droschken etc. sind nur zum Transport leicht chirurgisch Erkrankter zu benutzen.

Der Transport von Geisteskranken, die auf polizeilichem Wege den städtischen Irrenanstalten zugeführt werden sollen, geschieht in eigenen Krankenwagen, welche mit zwei Krankenwärtern von der Anstalt zur Abholung entsendet werden.

## 2. Bremen.

Die Beförderung der Kranken ist so eingerichtet, dass Verunglückte und Kranke mit einer nicht ansteckenden Krankheit mit den Krankenwagen der Feuerwehr befördert werden, welche seit 1887 das Rettungswesen organisirt hat.

Sie verfügt über 4 grosse Krankenwagen nach Angabe des Branddirectors Dittmann (in den 4 Feuerwachen). Ausserdem ist vorhanden 1 Fahrbahre, 14 Tragbahren, 1 Tragstuhl, 6 Treppenstühle, 5 Tragesitze und 8 Vorrichtungen, um Landauer Wagen — zweispännige Droschken — schnell zur Beförderung schwer Verletzter einzurichten.

Die mit ansteckenden Krankheiten behafteten Kranken müssen mit den Krankenwageu, welche das Medicinalamt kostenlos zur Verfügung stellt, transportirt werden. Für die Krankentransporte haben die behandelnden Aerzte das auf nächster Seite abgedruckte Formular auszufüllen, welches gleichzeitig als Aufnahmeschein verwendet wird.

## 3. Breslau.

Das Krankentransportwesen ist in trefflicher Weise durch die Berufsfeuerwehr organisirt, welche das Rettungswesen hier bis Ende 1899 allein bezw. auch noch im Verein mit anderen Körperschaften versah.

Sechs äussere Feuerwachen haben je 2 Krankentragen, die Hauptwache 5. Im Städtischen Krankenhause (Allerheiligen-Hospital) sind 6 bespannte Krankenwagen mit Pferden und Räderbahren. Die Art der Herbeiholung dieser Transportmittel für Verunglückte ist beim Rettungswesen zu schildern. Ende 1899 wurde in Breslau eine Unfallstation errichtet, welche einen eigenen Krankenwagen, eine gewöhnliche Tragbahre, eine zusammenlegbare Sesseltragbahre und ein mit zwei Verbandtaschen versehenes Fahrrad besitzt. Das freiwillige Sanitätskorps des Feuer-Rettungs-Vereins verfügt gleichfalls über Krankentransportmittel, ferner auch die vorhandenen Meldestellen der Genosssenschaft freiwilliger Krankenpflege im Kriege.

Bei Anordnung von Wagentransporten ist das nicht Zutreffende zu durchstreichen.

1. Name: ..............................

2. Alter: ..............................

3. Wohnung: ..............................

| | |
|---|---|
| I. | leidet nicht an einer ansteckenden Krankheit, kann mit gewöhnlichen Fuhrwerken oder Krankenwagen der Feuerwehr transportirt werden. |
| II. | leidet an einer ansteckenden Krankheit, muss mittels Krankenwagen des Arbeitshauses transportirt werden. |

.................., den ..................18......

Behandelnder Arzt: ..............................

## 4. Dresden.

Die Stadt besitzt vier Krankenwagen, sogenannte Krankendroschken, für Personen mit ansteckenden Krankheiten, 3 Krankenwagen, Unfallwagen, für Verunglückte oder solche Personen, welche liegend transportirt werden müssen, und 16 grosse Tragen mit festem Kasten und Verdeck, (eine davon fahrbar), für solche Personen, welchen nach ärztlichem Gutachten ein Transport im Wagen nicht zuträglich ist. Diese Tragen werden auch bei grösseren Unglücksfällen, wo die Wagen nicht ausreichen, ferner zu Zeiten, wo die Wagen ausgerückt sind, benutzt. 18 kleine zusammenklappbare Tragen dienen dazu, solche Kranke, welche in der Nähe eines Krankenhauses oder einer chirurgischen Hilfsstelle verunglückt sind, schnell in ärztliche Behandlung zu bringen, also nur für kurze Strecken. Personen, welche an Diphtherie, Scharlach, Ruhr, Typhus, Pocken, Cholera, Lepra leiden, dürfen innerhalb Dresdens nur mit den Krankendroschken oder mittels der grossen Tragen befördert werden. In öffentlichen Fuhrwerken und überhaupt allen nicht lediglich den dem Privatgebrauch des Besitzers und seiner Angehörigen

dienenden Personenfuhrwerken dürfen solche Kranke nicht transportirt werden. Zuwiderhandlungen werden mit Geldstrafe bis zu 50 Mark bestraft, falls sie nicht einer Bestrafung nach dem R.-Str.-G.-B. unterliegen. Die Beförderung von ansteckenden Kranken mit städtischen Transportmitteln erfolgt kostenlos. Die Bestellungen sind bei der Rathhauswache oder der nächsten Wohlfahrtspolizeiwache anzubringen. 2 Krankendroschken sind in Dresden-Altstadt, 2 in Dresden-Neustadt untergebracht. Ein Wohlfahrtspolizeibeamter hat jeden Transport zu begleiten und zu sorgen, dass unmittelbar nach Ablieferung des Kranken die Desinfection des Wagens in einem Krankenhause erfolgt. Zur Beförderung von Personen, die auf öffentlicher Strasse verunglückt oder erkrankt — mit Ausnahme von ansteckender Krankheit — sind, ist je ein Unfallwagen mit Bespannung im Hauptfeuerwehrhof Altstadt und Neustadt und einer in Reserve im städtischen Marstall aufgestellt. Diese Wagen sind zum sofortigen Ausrücken fertig und fahren so schnell wie die Feuerwehr zu einem Brande. In jeder Wohlfahrtspolizeibezirkswache und der Schlachthofwache ist je eine grosse und eine kleine Trage, in der Rathhauswache und in den chirurgischen Hülfsstellen je eine kleine Trage. Die Herbeiholung aller dieser Transportmittel besorgt die Wohlfahrtspolizei. Als Träger der Tragen dienen die Rathschaisenträger, welche bei Tag und Nacht Wache haben. Jeder Polizeibezirk hat ausserdem für den Nothfall zwei Träger zur Verfügung.

### 5. Frankfurt am Main.

Der Transport von Verunglückten ist hier hauptsächlich durch private Gesellschaften organisirt: die freiwillige Rettungsgesellschaft, den Frankfurter Samariterverein und die freiwillige Feuerwehr, deren Einrichtungen im nächsten Artikel noch besprochen werden.

### 6. Hamburg

ist diejenige Deutsche Stadt, welche wohl am frühesten ein behördliches Krankentransportwesen gehabt hat. Hier war auch die erste Deutsche Rettungsgesellschaft eingerichtet. Die Transportgeräthschaften dieser sind bereits beschrieben. Die jetzt gültigen Bestimmungen für die Beförderung der Kranken besonders mit ansteckenden Krankheiten sind vortreffliche und liefern den Beweis, dass es am besten ist, wenn die Behörden diesen wichtigen Zweig der öffentlichen Gesundheitspflege in eigener Verwaltung haben.

Bereits 1850 hatte Hamburg, wie oben bemerkt, einen Krankenwagen, welchem äusserlich seine Bestimmung wenig anzusehen war, das erste Modell eines solchen Wagens. Auf seine Nachtheile habe ich oben aufmerksam gemacht. 1889 wurden von der Behörde mehrere Wagen nach Wiener Muster mit Gummirädern angeschafft, im Inneren mit Riemen zum Aufhängen der mit dem Kranken besetzten Tragen. Da diese Riemen nur eine pendelnde Bewegung gestatten, aber keine federnde

zur Verhütung der Erschütterungen, so hat man die Riemen wieder entfernt, und setzt die Tragen ohne weitere Vorkehrung in den Wagen, dessen eine Seitenwand nach oben und unten aufgeklappt wird.

Im Inneren des Wagens können neben dem Kranken noch zwei Personen sitzen, welche auf der geschlossenen Seite durch eine gewöhnliche Wagenthür einsteigen. In einem verschliessbaren Raum wird eine Flasche Cognac mit Trinkglas, eine Flasche Carbolwasser mit Napf, eine Flasche Kampferöl mit Spritze, Verbandwatte, Binden und ein Schwamm mitgeführt.

Die Wagen werden zur möglichst schnellen Beförderung der Kranken stets zweispännig gefahren. Sie können nicht nur bei der Centralstelle im Stadthause, sondern auch bei allen Polizeiwachen der Stadt, welche an den Feuertelegraphen angeschlossen sind, bestellt werden. Für ganz dringliche Fälle sind auf allen Wachen Räderbahren eingestellt, welche von der Wachmannschaft bedient werden und schnell ausfahren können. Sie werden besonders zur Beförderung in nahe gelegene Krankenanstalten oder in das nächstgelegene Wachtlocal benutzt. Auf dem südlichen Elbufer haben die Wachen zum Theil noch Krankenkörbe, welche in der nordwestlichen Gegend unseres Vaterlandes überhaupt noch recht viel im Gebrauch sind. Auf der Centralstelle ist Tag und Nacht die aus 12 Mann bestehende uniformirte Sanitätscolonne, bezahlte im Krankentransportdienste ausgebildete Leute, anwesend, um bestellte Krankentransporte sofort auszuführen. Die Ausführung von Transporten wird niemals von Bezahlung abhängig gemacht, sondern es werden die Kosten für einen Transport von der Polizeibehörde eingezogen, jedoch bei Unbemittelten von dieser getragen. Zur Beförderung von Pockenkranken war auch früher in Hamburg eine Droschke vorhanden, welche „nach jedesmaligem Gebrauch, so gut es anging“ desinficirt wurde. Diese Droschke wurde streng gesondert aufbewahrt und stand nur zur Verfügung der Polizeibehörde. Ausserdem wurden 1884 zwei eiserne Wagen erbaut, welche im Falle einer Choleraepidemie benutzt werden sollten. Am 7. Mai 1890 wurde „eine Verordnung betreffend die Beförderung von Personen, welche mit einer ansteckenden Krankheit behaftet sind“ erlassen, in welcher die Benutzung von öffentlichem Fuhrwerk zur Beförderung von an Pest, Cholera, Fleckfieber (Typhus exanthematicus), Blattern, Scharlach, Diphtherie leidenden Personen verboten wurde. Vorübergehend kann dieses Verbot auch noch auf andere ansteckende Krankheiten, wie Masern, Keuchhusten, Unterleibstyphus, ausgedehnt werden. Die Aerzte, welche eine Krankenbeförderung anordnen, haben hierüber eine Bescheinigung mit einem Vermerk auszustellen, ob eine ansteckende Erkrankung vorliegt oder nicht. Oeffentliches Fuhrwerk, welches zur Beförderung ansteckender Kranker gedient hat, ist zu desinficiren.

Am 1. Juli 1890 trat diese Verfügung in Kraft, nachdem neben den bereits zuerst beschafften 2 Krankenwagen noch 4 weitere angeschafft waren, deren Bau vollkommen dem der anderen glich, nur war das Innere mit einem Ueberzug von Eisenblech versehen. Diese Wagen sind

Anmerkung: Die Benutzung öffentlichen Fuhrwerks ist bei folgenden Krankheiten verboten: Pest, Cholera, Fleckfieber (Typhas exanthematicus), Blattern, Scharlach und Diphtheritis).

Zur Beförderung von Persoen, welche an diesen Krankheiten leiden, sind in den nachstehenden Depots der Firma J. A. Schlüter Söhne:

1. b. d. Petrikirche 2,
2. ABC-Strasse Platz 54,
3. St. Georg, a. d. Koppel 63—64.
4. Harvestehude, Mittelweg hinter 171.

besondere Krankenwagen aufgestellt, welche nach jedesmaliger Benutzung desinficirt werden. Diese Krankenwagen können nicht allein in den genannten Depots, sondern auch in allen Polizeiwachen, die an den Hamburgischen Feuer-Telegraphen angeschlossen sind, bestellt werden. — Ausser dem Wagenführer wird in der Regel eine Begleitmannschaft nicht mitgegeben. — Nur wenn der Kranke ausnahmsweise liegend befördert werden muss, sind Krankenträger erforderlich, welche mit der Handhabung des Wagens nebst Zubehör vertraut sind. In solchem Falle ist bei Bestellung des Wagens eine bezügliche Angabe zu machen, worauf das Krank8npersonal mit erscheint.

Die Kosten der Bespannung und Bedienung werden abseiten der Polizeikasse eingezogen.

Anmerkung: Die Benutzung öffentlichen Fuhrwerks ist nur bei folgenden Krankheiten verboten:
Pest, Cholera, Fleckfieber (Typhus exanthematicus), Blattern, Scharlach und Diphtheritis.

Hamburg, den . . . . . . . . . . . . . .

**A.** (weisses Papier.)

Inhaber ... des Mitgliedsbuches No. ........ der ..................
wohnhaft ..................................
bedarf wegen ..................................
der Aufnahme in d ..................................

Die Benutzung öffentlichen Fuhrwerks (Droschken, Pferdebahnen, Omnibus) zur Beförderung de... Kranken nach der Verordnung vom 7. Mai 1890 gestattet.

Unterschrift.

Für die vorliegende Krankheit gewährt die ..................................
freie Verpflegung im Krankenhause eventl. bis ..................................

Hamburg, den .................. 189...

Hamburg, den . . . . . . . . . . . . . .

**B.** (rothes Papier.)

Inhaber ... des Mitgliedsbuches No. ........ der ..................
wohnhaft ..................................
bedarf wegen ..................................
der Aufnahme in d ..................................

Oeffentliches Fuhrwerk (Droschken, Pferdebahnen, Omnibus) darf zur Beförderung d Kranken nach der Verordnung vom 7. Mai 1890 nicht benutzt werden, da es sich um eine ansteckende Krankheit handelt.

Unterschrift.

Für die vorliegende Krankheit gewährt die ..................................
freie Verpflegung im Krankenhause eventl. bis ..................................

Hamburg, den .................. 189...

in den 4 Depots eines Fuhrgeschäftes eingestellt und werden nach jeder Benutzung desinficirt. Sie können von den Anstalten des Fuhrgeschäftes sowie von den an den Feuertelegraphen angeschlossenen Polizeiwachen bestellt werden. Begleitung wird nur auf besonderen vorher anzugebenden Wunsch, wenn der Kranke liegend befördert werden muss, mitgesendet. Die Aerzte haben für jeden Transport eines Kranken eine Bescheinigung auszustellen, welche für ansteckende Kranke auf rothem, für andere auf weissem Papier gedruckt ist. Hiernach ist sogleich für den Kutscher eines öffentlichen Fuhrwerkes deutlich, ob er den Kranken in seinem Wagen aufnehmen darf, da an alle Besitzer von öffentlichem Fuhrwerken und Anstalten die betreffende Verordnung mit Strafandrohung bei Uebertretung mitgetheilt wurde. Jeder Arzt erhielt ein bezügiches Rundschreiben, ferner die Polizeiverordnung, sowie Anmeldeformulare, welche gleichzeitig als Aufnahmescheine gelten. Allen sich später niederlassenden Aerzten werden die Drucksachen zugestellt. Den Wortlaut der Scheine siehe vorstehende Seite.

Zu bemerken ist, dass jetzt auch in dringenden Fällen, wenn ein rothes Formular nicht zur Hand ist, ein weisser Schein benutzt werden darf, welcher durch einen in der rechten Ecke angebrachten, stark unterstrichenen Vermerk „Oeffentliches Fuhrwerk ausgeschlossen“ kenntlich zu machen ist.

Aus Anlass der Choleraepidemie 1892 sind zur Beförderung von Personen mit ansteckenden Krankheiten 25 Wagen beschafft worden, gewöhnliche Landauer, deren Holzkasten innen mit Blech ausgeschlagen ist, in welchen vier sitzende Personen befördert werden können. Ferner ist eine Vorrichtung vorhanden, welche gestattet, dass auch ein Kranker liegend fahren kann.

Für die kalte Jahreszeit sind für sämmtliche Krankenwagen Wärmeeinrichtungen vorgesehen.

Zum Transport Verunglückter bei Massenunfällen ist ein nach dem Muster der Wiener Rettungswagen erbautes Fuhrwerk vorhanden, welches 4 hängende Tragbahren für liegende Kranke enthält, welche auch durch Bänke für 10 sitzende Personen ersetzt werden können. In einer Anzahl der Polizeiämter stehen Räderbahren (Neuss) bereit. Das Postenzimmer der Polizei, wo die Sanitätskolonne Dienst hat, hat eigene Fernsprechverbindung mit dem Hauptdepot des Fuhrgeschäftes, welches die Bespannung der Wagen besorgt. Diesem gegenüber befindet sich der Stall mit 17 angeschirrten Pferden, sodass jeder Transport schleunigst ausgeführt werden kann. Für die Beförderung Geisteskranker sind gewöhnliche Kaleschen verfügbar, um gerade für diese Kranken jedes Auffällige bei der Beförderung und dadurch Aufregung der Patienten zu verhüten. Die Polsterung in diesen Wagen wäre zweckmässig mit Wachstuchüberzug zu versehen, um etwaige Verunreinigungen leicht entfernen zu können.

Für den Transport von Kranken zu Wasser dient ein besonderes offenes Fahrzeug mit einem Kajütenaufbau mit 2 völlig getrennten

Räumen für ansteckende und nicht ansteckende Kranke. Es bietet für einen liegenden und sechs sitzende Kranke Platz.

In Hamburgs Schwesterstadt

### Altona

besorgt die städtische Berufsfeuerwehr das gesammte Krankentransportwesen durch 2 vollkommen bespannte und bemannte Krankenwagen und eine Räderbahre. Die Krankenwagen haben äusserlich die Gestalt der Wiener Wagen, innen Metallbelag, sind seitlich nach oben und unten zu öffnen und mit dem Kranken zu beladen. Die Fahrzeuge werden nach jedem Transport gründlich desinficirt. Im Jahre 1899/1900 wurden 1198 Krankentransporte ausgeführt.

### 7. Hannover.

Zwei Krankenwagen stehen bei der städtischen Branddirection, der eine zur Beförderung von ansteckenden, der andere für nicht ansteckende Kranke und Verletzte. Die Bespannung wird von der Feuerwehr gestellt. Die Kosten der Benutzung betragen für einen Transport mit Begleitern (ein Chargirter und 2 Feuermänner) 3,50 Mark, für einen Transport ohne Begleiter 2 Mark, und werden von den Kranken oder deren Angehörigen eingezogen, Unbemittelten jedoch erlassen. Der eine Wagen hat Berlineform, ist ein- und zweispännig zu fahren, die Räder haben Gummireifen, der andere ist nach Hamburger System hergestellt. Die Verordnung der Polizei betreffs des Krankentransportes vom 12. Juni 1899 lautet:

§ 1. Die Benutzung von öffentlichen Fuhrwerken (Lohnwagen, Droschken, Omnibus, Strassenbahnen, Eisenbahnen) und öffentlichen Wasserfahrzeugen zur Beförderung von Personen, welche an Cholera, Pocken, Darm-, Fleck- und Rückfalltyphus, Diphtherie, Genickstarre, Ruhr, Scharlach und Masern leiden, sowie von Choleraverdächtigen ist verboten. Die strafrechtliche Verantwortung trifft den Kranken selbst oder denjenigen, welcher die Beförderung veranlasst.

§ 2. Die Beförderung von Personen, die an den im § 1 genannten Krankheiten leiden, hat, falls nicht eigenes Fuhrwerk benutzt wird, durch die hierzu bestimmten Krankentransportwagen zu geschehen.

§ 3. Sämmtliches zur Beförderung von Personen, welche an den im § 1 genannten Krankheiten leiden, benutztes Fuhrwerk oder Wasserfahrzeug, sowie die bei dieser Beförderung benutzten Gegenstände hat der Eigenthümer vor weiterer Benutzung in der städtischen Desinfectionsanstalt desinficiren zu lassen.

§ 4. enthält Strafbestimmungen bei Zuwiderhandlungen.

Ausserdem dienen zur Beförderung von plötzlich Erkrankten und Verunglückten eine Reihe von Räderbahren, welche an bestimmten Stellen aufbewahrt sind, und durch Vermittelung der Polizeibeamten herbeigeholt werden können.

### 8. Kiel.

Die Stadt hat einen nach meinen Angaben in Berlin hergestellten Krankenwagen, welcher das oben abgebildete Traggestell enthält und

auch sonst so gebaut ist, dass er gefälliges Aeussere hat. Das Innere ist nach Möglichkeit glatt hergestellt, die Ecken abgerundet, die Beleuchtung geschieht durch eine aussen an der Stirnseite angebrachte Laterne. Diese Anordnung ist getroffen, um den Wagen auch leicht und gut desinficiren zu können. Ein Raum zur Unterbringung eines Erfrischungs- und Verbandskastens ist vorhanden. .

### 9. Köln.

Das Krankentransportwesen liegt in den Händen der städtischen Feuerwehr, welche drei Wachen hat. Diese Wachen sind mit allen Krankenhäusern telephonisch verbunden und entsenden auf Erfordern einen Krankenwagen, welchem ausgebildete Samariter der Feuerwehr mitgegeben werden. Bei einem Unglücksfalle machen diese den Patienten nur transportfähig und bringen ihn auf Wunsch nach Haus oder in eine Krankenanstalt. Die beiden Krankentransportwagen, welche erst seit dem Jahre 1899 beschafft worden sind, nachdem Bardenheuer die Anregung zur Verbesserung des Krankentransportwesens gegeben, sind nach Art der in Wien vorhandenen gebaut. Seit dem 19. August 1899, dem Beginn des Betriebes, bis zum 31. März 1900 wurden 1166 Krankentransporte ausgeführt. Jede der ausserdem vorhandenen Samariterstationen des Samaritervereins ist mit einer zusammengeklappten Tragbahre versehen. Diese Stationen sind an verschiedenen Stellen der Stadt untergebracht.

### 10. Königsberg.

Bei der Berufsfeuerwehr ist von der Stadt ein ständig bespannter „Unfallwagen“ eingestellt, in welchem auch erkrankte Personen mit nicht ansteckenden Leiden, die mit der Bahn zureisen, transportirt werden können. Die Benutzung des Wagens erfolgt kostenlos. An einigen geeigneten Stellen der Stadt und Umgebung sind Krankentragen aufgestellt. Ausserdem stellt die Stadt die dem städtischen Fuhramte unterstehenden Krankenwagen zur Benutzung und zwar 3 für Kranke mit Leiden nicht ansteckender Natur, je 1 für ansteckende Kranke und Tobsüchtige. Kutscher und Pferde sind für diese fast stets vorhanden, jedoch wird Bedienung nicht gestellt. Für die Benutzung des Wagens wird von Bemittelten eine Vergütung gezahlt.

Die Wagen für Verletzte und für Personen mit nicht ansteckenden Krankheiten sind aussen grün gestrichen, innen weiss lackirte Kastenwagen auf Federn für ein Pferd Bespannung. Auf der einen Längsseite steht die auf Rollen gehende Trage, auf der andern sind Sitze für die Begleiter, zwischen welchen Platz für einen Verbandkasten ist. An den Längsseiten sind je 2 durch Vorhänge abzuschliessende Fenster und eins an der Stirnseite über dem Kutscherbock.

### 11. Leipzig.

Im städtischen Krankenhause zu St. Jacob in Alt-Leipzig sind drei Wagen für Einzel-, im städtischen Krankenhause zu Leipzig-Plagwitz ein Krankenwagen und ein Wagen für Massentransporte untergebracht. Die erforderlichen Pferde sind in den Krankenhäusern vorhanden. Die Krankenhäuser befördern Verunglückte sowie auch Personen mit inneren und ansteckenden Krankheiten in ihren Wagen, deren Bestellung durch die Polizei, Sanitätswachen, oder private Personen erfolgen kann. Gewöhnlich ist eine ärztliche Anordnung erforderlich, von welcher bei der Beförderung von Verwundeten abgesehen wird. Die Desinfection der Wagen nach Beförderung von ansteckenden Kranken geschieht so, dass die Decken in strömendem Wasserdampf desinficirt werden, während das Wageninnere und die Trage mit 5 proc. Carbolwasser abgewaschen werden. Die Wagen werden hier für ansteckende und nicht ansteckende Kranke benutzt. Ausserdem hat der Leipziger Samariterverein im Hauptdepot der städtischen Feuerwehr einen nach Wiener Muster erbauten Wagen eingestellt, welcher bei Unfällen sowohl durch die Polizei, als die Sanitätswachen oder Privatpersonen herbeigerufen werden kann. Ansteckende Kranke werden nicht mit diesem Wagen befördert. Die Bespannung des Wagens wird von der Feuerwehr gestellt. Der Transport eines Kranken, ansteckenden oder nicht ansteckenden, kostet sowohl bei den Wagen der Krankenhäuser als beim Samariterverein 4 Mark im Bereiche der inneren Stadt. Bei weiteren Entfernungen berechnen die Krankenhäuser 75 Pfg. für jeden Kilometer.

### 12. Lübeck.

Im Marstall und in 4 Polizeiwachen sind Räderbahren und Krankenkörbe zur Beförderung erkrankter und Verunglückter vorhanden, welche von den hierzu ausgebildeten Mannschaften der Strassenreinigungskolonne, im Nothfalle durch Dienstmänner ausgeführt wird.

Ferner stehen für ansteckende Kranke zwei zweispännige landauerartige Krankenwagen, welche nach jedem Transport desinficirt werden, zur Verfügung. Seit kurzer Zeit ist ein neuer omnibusartiger Krankenwagen zur Transportirung von nicht ansteckenden Kranken in liegender Stellung auf städtische Kosten beschafft worden, dessen Benutzung durch folgende Bekanntmachung festgesetzt ist:

Es wird hiermit zur öffentlichen Kenntniss gebracht, dass dem Publikum zum Transport verunglückter oder erkrankter Personen, sofern die Krankheit keine ansteckende ist, ein Krankenwagen zur Verfügung steht, welcher den Transport des Kranken in liegender Stellung auf einer Krankenbahre ermöglicht. Der Wagen, dessen Bedienung durch Mannschaften der Feuerwehr unentgeltlich erfolgt, ist bei der Feuerwehr im „Spritzenhaus", Breitestrasse, zu bestellen, ausserdem übermitteln die Polizeiwachen in den Vorstädten die Bestellung.

Von Erkrankten darf der Wagen nur benutzt werden, wenn von einem Arzte eine Bescheinigung dahin ausgestellt ist, dass der zu Transportirende an keiner

ansteckenden Krankheit leidet. Die Bescheinigung ist dem Führer des Krankenwagens zu übergeben.

Leidet der Kranke an einer ansteckenden Krankheit, so sind die bisherigen Krankentransportmittel (Krankendroschken, Tragkörbe) zu benutzen, deren Bestellung an den oben genannten Stellen ebenfalls entgegengenommen wird.

Die Kosten für die Beförderung der Fuhrwerke werden von der Kasse des Polizeiamtes eingezogen und betragen:

a) für die Beförderung einer ausserhalb ihrer Wohnung verunglückten, beziehungsweise plötzlich erkrankten Person nach ihrer Wohnung, einem Krankenhause oder einer Klinik M. 3,00,

b) für jede andere Beförderung M. 4,50.

Die Beförderung findet in der Regel nur innerhalb der Stadt Lübeck und deren Vorstädten statt; Ausnahmen sind nur mit besonderer Genehmigung des Medicinalamtes gestattet.

Lübeck, den 28. Februar 1900.

Das Medicinalamt.

Den Transport der ansteckenden Kranken regelt die

Verordnung,

betreffend die Benutzung öffentlichen Fuhrwerks zum Krankentransport.

Das Polizei-Amt verordnet hierdurch:

§ 1.

Zur Beförderung von Personen, welche an Cholera, Pocken, Diphtheritis, Typhus, Scharlach, Masern oder Ruhr erkrankt sind, dürfen für den öffentlichen Verkehr bestimmte Fahrzeuge (Miethwagen, Droschken, Omnibus, Eisenbahn- und Pferdebahnwagen, Dampfschiffe) nicht benutzt werden.

Derartige Personen sind mittelst besonderer Krankenwagen oder in Krankenkörben zu befördern.

§ 2

enthält Strafbestimmungen bei Uebertretungen.

Lübeck, den 6. December 1887.

Das Polizei-Amt.

Auch Personen mit anderen ansteckenden Krankheiten als hier genannt, z. B. mit Genickstarre, werden in den Krankenwagen befördert.

### 13. München.

Hier ist der Krankentransport hauptsächlich in den Händen der Freiwilligen Rettungsgesellschaft und der Freiwilligen Sanitäts-Hauptkolonne „München“. Die Organisation der beiden Gesellschaften wird beim „Rettungswesen“ zu erörtern sein. Die unter ärztlicher Leitung stehende Rettungsgesellschaft verfügt über zweckentsprechend gebautes Transportmaterial und zwar über einen Krankenwagen in Landauerform, einen Wagen für gleichzeitige Beförderung von mehreren verletzten Personen, ein Krankentransportfahrrad, Fahr- und Tragbahren. Der zweite Wagen in Omnibusform dient zur Beförderung von 4 liegenden, oder

zwei liegenden und 4 sitzenden Personen. Die Wagen stehen im städtischen Marstall, welcher in nächster Nähe von der Wache der Gesellschaft liegt.

Die Zahl der Transporte betrug 1900 im Ganzen 2580. Hiervon waren 941 Transporte von Verunglückten, und 1839 bestellte Transporte d. h. von Kranken, welche von der Bahn in die Wohnung oder von der Wohnung in ein Krankenhaus u. s. w. gebracht wurden. Für letztere Transporte werden 3 M. Gebühren von Seiten der Gesellschaft erhoben. Der Transport von ansteckenden Kranken wird ausschliesslich mit einer bestimmten Fahrbahre ausgeführt. Bei jedem Transport sind ausser dem Kutscher noch 2 Sanitätsmänner der Gesellschaft in Thätigkeit.

Die Gesellschaft hat jetzt wegen der erhöhten Inanspruchnahme eigene Kutscher sowie zwei eigene Pferde eingestellt.

An 9 Stellen besonders in Polizeiwachen hält die Gesellschaft Tragbahren zur Verfügung, und zwar in ihrem Wirkungsbereiche, in welchem sie auch nur die Beförderung von Kranken und Verunglückten und Verletzten ausführt.

Auch der Bezirk für die Krankentransporte der Sanitätshauptkolonne, deren Wagen zum Theil den Aktenwagen unserer Behörden ähnlich gebaut sind, ist genau abgegrenzt und durch Dienstanweisung geordnet. Es lautet in dem bezüglichen Theil:

§ 3. Die Rettungswägen werden auf Verlangen innerhalb des Burgfriedens jederzeit in den Dienst gestellt. Insbesondere:

1. Bei Unglücksfällen und Katastrophen jeglicher Art.

a) Bei Unglücksfällen, wie z. B. bei Knochenbrüchen, Blutungen, Luxationen, Schuss-, Stich- oder Hiebverletzungen, Verbrennungen, Erschütterungen, Zerreissungen von Sehnen, Muskeln, Bändern, Vergiftungen, bei Erhängen, Erfrieren, Ersticken, Ertrinken etc.

b) Bei Katastrophen, so z. B. bei Verschüttungen, Explosionen, Einstürzen, grossen Bränden, Paniken, Gasausströmungen, Unfällen in den Bahnhöfen, kurz in allen Fällen, wo mehrere Personen zu Schaden gekommen sind.

2. Bei plötzlichen Erkrankungen, so z. B. bei Schlaganfällen, Blutsturz, Blutergüssen, geklemmten Brüchen, Geburten, Bewusstlosigkeit etc. Bei Vergiftungen ist der in der Kanzlei deponierte Kasten mit den Gegengiften mitzufahren und telephonisch ein Arzt zu requirieren.

3. Zu einfachen Krankentransporten von den Wohnungen in die Kliniken und Krankenhäuser der Stadt und umgekehrt.

Ausserhalb des Burgfriedens werden die Wägen in der Regel nicht abgegeben.

Eine Ausnahme findet statt bei Katastrophen, welche sich in der Umgebung Münchens ereignen.

Bei Abgabe der Rettungswägen ist lediglich der vorligende Fall entscheidend, nicht aber die Person, welche den Wagen requiriert.

Betrunkene oder anscheinend Betrunkene werden transportiert, wenn der Anruf durch Polizeiorgane erfolgt und die Betreffenden in ihrem eigenen Interesse nicht sich selbst überlassen werden können.

Betrunkene, welche gleichzeitig verletzt sind, müssen jederzeit transportiert werden. In zweifelhaften Fällen erfolgt der Transport nach der k. Polizeidirection.

Tote dürfen nicht transportiert werden. Ist der Verunglückte oder Erkrankte bei Eintreffen der Sanitätswache bereits verschieden, so ist der einschlägige k. Po-

lizeibezirkskommissär telephonisch zu verständigen, bezw. auch Polizeidirection Jourzimmer.

Bei leichteren Unfällen oder plötzlichen Erkrankungen in der Nähe der Sanitätswache genügt das Absenden einer Fahrbahre.

Transporte von infectiös Erkrankten dürfen nur mit einer Fahrbahre ausgeführt werden, welche unmittelbar nach jedesmaligem Gebrauche in die städtische Desinfectionsanstalt zu verbringen ist. Von jedem solchen Transporte ist sofort die Polizeidirection Jourzimmer zu benachrichtigen. Blatternkranke dürfen nicht transportiert werden.

Der Transport von Geisteskranken, Blöden oder geistesschwachen unzurechnungsfähigen Personen darf nur auf Requisition eines praktischen Arztes oder auf Grund eines schriftlichen ärztlichen Ausweises stattfinden und dann nur zunächst in die Krankenhäuser der Stadt. Vor jedem solchen Transport ist in dem diesbezüglichen Krankenhaus zuerst telephonisch anzufragen, ob Platz zur Aufnahme des Geisteskranken vorhanden ist.

Eine Ueberführung von Geisteskranken nach der Kreisirrenanstalt darf ausschliesslich nur auf Requisition der k. Polizeidirection oder einer Krankenhausverwaltung bethätigt werden, oder auch, wenn seitens der Kreis-Irrenanstalt die Aufnahme bereits genehmigt ist.

In allen Fällen, in welchen augenscheinlich ein Verbrechen vorliegt, hat sofort telephonische Meldung an die k. Polizeidirection zu erfolgen.

§ 4. Bei allen Transporten und Hülfeleistungen sind die Personalien der Verletzten bezw. Erkrankten unter Angabe der Verletzung oder Erkrankung festzustellen und zunächst in den Bureaus der Krankenhäuser oder Kliniken nebst Nummer des Saales, in welchem der Hilfesuchende untergebracht wurde, anzumelden.

In gleicher Weise sind die Personalien nach erfolgtem Einrücken auf der Kranzlei der Sanitätswache anzugeben.

Es ist nicht statthaft, Erkrankte oder Verletzte, gegen ihren ausgesprochenen Willen in die Krankenhäuser bezw. Kliniken zu verbringen. Bei Unfällen oder plötzlichen Erkrankungen sind die zu Transportierenden, insofern sie bei Bewusstsein sind, darüber zu befragen, und auf ihren Wunsch, besonders wenn sie angeben, häusliche Pflege zu haben, in ihre Wohnungen zu verbringen. Bei gewöhnlichen Transporten von Kranken liegt die Entscheidung ohnehin in ärztlichen Händen.

§ 5. Die Wägen fahren zur Unfallstelle im scharfen Trabe und dürfen während der Fahrt nicht angehalten werden. Die Wachmannschaft sitzt auf dem Bock, einer davon bedient die Bremse. Das Mitfahren von nicht im Dienste befindlichen Mitgliedern der Kolonne ist unstatthaft.

Nicht zur Kolonne gehörige Personen dürfen mit den Wägen in der Regel nicht mitgenommen werden. Eine Ausnahme findet statt, wenn eine angehörige Person eines Verunglückten oder Erkrankten den Transport zu begleiten wünscht. Kolonnen- oder praktische Aerzte, sowie Polizeiorgane sind auf Verlangen zur Unfallstelle mitzufahren.

Die Rettungswägen werden in allen Fällen, wo sie zur Verwendung kommen, ausschliesslich von Mannschaften der Freiwilligen Sanitätskolonne bedient.

Sind die Wägen beladen, so fahren sie im kurzen Trabe oder im Schritt, ein Mann der Wache begiebt sich ins Innere zur Beobachtung des Kranken bezw. Verletzten.

Bei der Rückfahrt der Wägen ins Depot fahren diese im kurzen Trabe.

Nach dem Einrücken sind die Wägen gründlich zu untersuchen, wenn erforderlich, sofort zu reinigen und sodann in die Remisen zu schieben. Irgendwelche Schä-

den sind umgehend zu reparieren, damit die Wägen gleich wieder in den Dienst gestellt werden können.

Bei eingetretener Dunkelheit müssen vor Abfahrt der Wägen die Laternen angezündet werden. Abgebrannte Kerzen sind nach erfolgtem Einrücken sofort durch frische zu ersetzen.

Das Rauchen während der Fahrten, überhaupt bei allen dienstlichen Verrichtungen, ist verboten.

Der Wachkommandant bezw. Transportführer haftet für alle Vorkommnisse während der Fahrt und auf der Unfallstelle.

Die Kutscher haben sich bei den Fahrten an die ortspolizeilichen Vorschriften über den Wagenverkehr zu halten.

An Krankentransportmaterial besitzt die freiwillige Sanitäts-Hauptkolonne „München“ drei grosse Felddienstkrankenwagen, welche für ausserordentliche Unfälle verwendet werden können. Ferner sind ständig im Dienst zwei grosse und zwei leichte Krankenwagen; ein fünfter Krankenwagen in Equipagenform ist im Bau. Die ersteren beiden Wagen dienen zur Aufnahme von je zwei liegenden und vier sitzenden Kranken und haben ein Aeusseres etwa wie ein Hotelomnibus, die leichteren Krankenwagen sind denen in Brüssel benutzten ähnlich und zur Aufnahme von je einem liegenden und eventuell ein bis zwei sitzenden Kranken bestimmt. Ferner sind 25 Räderbahren im Dienst und zwar 14 auf den „Unfalldepots“, 11 auf der Sanitätswache der Kolonne und im Lagerhausschuppen. In den 16 „Hülfsdepots“ sind 16 Tragbahren untergebracht, im Hauptdepot 4. Ausserdem sind einfache Tragen, Tragsitze, Tragstühle in grosser Zahl vorhanden. 2266 Krankenbeförderungen wurden 1900 ausgeführt.

Die „Vereinbarungen zwischen der Münchener Freiwilligen Rettungsgesellschaft und der Freiwilligen Sanitäts-Hauptkolonne München“, nach welchen die Thätigkeit der beiden Körperschaften auf für bestimmte Gebiete der Stadt abgegrenzt ist, hat nur für Beförderung von Verunglückten Gültigkeit, nicht aber für die „bestellten“ Krankentransporte.

### 14. Nürnberg.

Auch hier ist der Krankentransportdienst durch die freiwillige Sanitäts-Hauptcolonne geordnet. Dieselbe verfügt über mehrere Krankenwagen, in welchen Verletzte, aber auch Personen mit ansteckenden Krankheiten befördert werden. Im letzteren Falle wird der Wagen sofort nach dem Transport desinficirt und zwar die beweglichen Gegenstände mit Dampf, das Uebrige und Wageninnere mit Formalinlampe. Zur Beförderung von an Cholera erkrankten Personen sind zwei Wagen im Besitze der Stadt, welche der Colonne im Bedarfsfalle zur Verfügung gestellt werden.

### 15. Stettin.

Die Feuerwehr hat einen Krankenwagen, welcher nach dem Muster des für Bremen nach Angabe von Branddirector Dittmann erbauten Wagens hergestellt ist. Der Wagen ruht auf Gummirädern und ist zum

30*

Ein- und Zweispännigfahren eingerichtet. Zu jedem Transport rücken 1 Oberfeuermann und zwei Mann (im Samariterdienst ausgebildet) aus. Der Wagen enthält Verbandmaterial und einige Medicamente, eine hängende Trage und zusammenklappbare Tragbahren. Ein kleiner Ofen zum Heizen mit Glühstoff ist vorgesehen, welcher keinen Dunst verbreitet. Am Vordersitz ist eine Glocke, die durch Treten ertönt, angebracht, um das Nahen des Wagens anzukündigen.

Für die Beförderung nicht verunglückter Kranker sind 2 Wagen im städtischen Krankenhause vorhanden, für welche die im Krankenhaus befindlichen Pferde von einem Fuhrherrn gestellt werden. Die Benutzung innerhalb des Weichbildes der Stadt kostet bei zahlungsfähigen Personen 4 M. 50 Pfg. Für die Beförderung von ansteckenden Kranken ist vorläufig ein besonderer Wagen nicht zur Stelle. Es wird der benutzte Wagen nach einem solchen Transport von den städischen Desinfectoren, welche ebenfalls im Krankenhaus stationirt sind, mit Formalin desinficirt. Transporte von ansteckenden Kranken kommen relativ selten vor. Nach Transport von Typhuskranken wird nur das Lager desinficirt.

### 16. Stuttgart.

Seit 1891 ist hier ein nach Knauss Angaben gefertigter Wagen in Benutzung, welcher die Form einer eckigen Berline hat, also nach Art der Hamburger und Wiener Wagen erbaut ist. Die Hinterräder sind aber bei dem Wagen höher als das Vorderrad, und letzteres kann auf der Stelle unter dem Wagen durchgedreht werden. Die Fenster sind aus geriffeltem Glase hergestellt, welches den Einblick in den Wagen verhindert, ohne das Vorhänge angewendet werden. Die Einladung der Trage geschieht von der Seite, wobei die Seitenwand nach oben und unten aufgeklappt wird. Die Trage wird dann auf Rollen in den Wagen hineingeschoben. Die obere Klappe wird durch drehbare Stützen nach oben offen gehalten. Nach der Beladung werden die Klappen mit Stecherschloss geschlossen. Die beiden vorhandenen inneren Sitze sind statt mit Polstern, wie der Fussboden, mit starken Gummiplatten belegt. Das gesammte Innere ist mit lackirtem Zinn-Aluminiumblech ausgeschlagen. Auf der Tragbahre liegt eine niedere Sprungfedermatratze mit Gummituch und einer Decke. Die Räder haben Gummibelag, in der Vorderwand ist ein herunterklappbares Fenster zum Verkehr mit dem Kutscher. In einem Ausschnitt der Hinterwand ist eine aussen angebrachte Laterne zur Beleuchtung des Inneren vorgesehen. Der Wagen ist wegen der Terrainverhältnisse nur zweispännig zu fahren und dient zur Beförderung Verunglückter und von Personen mit ansteckenden Krankheiten. Die Herbeirufung geschieht durch das Stadtpolizeiamt oder von der Berufsfeuerwehr, welche die Bespannung und Führung besorgt. Zwei als Samariter ausgebildete Feuermänner begleiten jeden Transport. Die Benutzung kostet 2,50 M. für eine Innen- und 3 M. für eine Aussenfahrt und ist bei Unbemittelten unentgeltlich. Personen mit ansteckenden Krankheiten dürfen Droschken nicht benutzen.

Es ist noch in einer Reihe von Städten im Deutschen Reiche das Krankentransportwesen sehr gut eingerichtet. Dieselben können aber nicht alle einzeln an dieser Stelle erwähnt werden, besonders da erhebliche Abweichungen von den beschriebenen Organisationen nicht bestehen. Ich verweise nach dieser Richtung auf meine Zusammenstellung in: „Das Samariter- und Rettungswesen im Deutschen Reich Theil I und II“, welche tabellarisch die in den einzelnen Orten Deutschlands vorhandenen Vorkehrungen zur Beförderung von erkrankten und verunglückten Personen enthält. Von

## II. Ausserdeutschen europäischen Staaten

sind noch folgende anzuführen, in welchen bemerkenswerthe Einrichtungen zur Krankenbeförderung vorhanden sind.

### 1. Belgien.

Antwerpen besitzt 13 städtische Stationen mit Verbandkästen und einer oder mehreren Fahrbahren, ausserdem haben 2 Krankenhäuser gleichfalls Räderbahren. Ein Krankenhaus hat einen Wagen mit zwei Betten und eine geschlossene Droschke für Personen mit ansteckenden Krankheiten. Daneben bestehen noch 3 Stationen von der Gesellschaft vom grünen Kreuz, welche mit Krankenwagen ausgerüstet sind.

Eine Verbandstation „Verbandhuis der haveneinrichtungen van het Noorden“, welche mit Aerzten besetzt ist, sorgt für die Beförderung von Erkrankten in einem besonderen Wagen. Die Kranken verbleiben auf der Station so lange, bis ihr Transport in ein Krankenhaus oder in ihre Behausung möglich ist. Bezüglich des Transportes von Personen mit ansteckenden Krankheiten gilt die Verfügung vom 20. Februar 1880, deren Artikel I lautet:

Jeder Wagen, welcher einen ansteckenden Kranken in ein Krankenhaus gebracht hat, soll daselbst zur Desinfection zurückgehalten werden.

Artikel II.: Als ansteckende Krankheiten gelten: Cholera, Unterleibstyphus, Pocken, Scharlach, Masern, Diphtherie, Keuchhusten.

Artikel III.: Ein Kutscher, welcher nach einem solchen Transport seinen Wagen der Desinfection entzieht, soll mit einer Geldstrafe von 5—25 Francs und Gefängniss von 1—3 Tagen einzeln oder zusammen belegt werden. Im Wiederholungsfalle hat die höchste Strafe Platz zu greifen.

Artikel IV.: Die Polizeiorgane und die Krankenhausverwaltung haben jeder in ihrem Bereiche für die Befolgung dieser Verordnung Sorge zu tragen. U. s. w.

Der Gemeinderath von Brüssel verordnete unterm 27. April 1881 folgendes:

In Anbetracht, dass der Transport von Personen mit ansteckenden Krankheiten in öffentlichen Fuhrwerken eine wirkliche Gefahr für die Bevölkerung darstellt, und dass es dringend nothwendig ist, dagegen Maassregeln zu ergreifen, wird verfügt:

1. Es ist verboten, öffentliches Fuhrwerk, Miethswagen u. s. w. für den Transport von Personen mit ansteckenden Krankheiten zu benutzen.

2. Wenn ein Kutscher eines öffentlichen Fuhrwerkes bestellt wird, um einen Kranken zu fahren, so muss er sich vorher ein ärztliches Zeugniss vorweisen lassen, aus welchem hervorgeht, dass der Betreffende nicht an einer ansteckenden Krankheit leidet.

3. Als ansteckende Krankheiten gelten: Cholera, Unterleibstyphus, Pocken, Scharlach, Masern und Diphtherie.

4. Die Beförderung von Personen, welche an einer dieser Krankheiten leiden. hat mittelst besonderer Wagen zu geschehen, welche ausschliesslich zu diesem Gebrauch von der städtischen Verwaltung bestimmt sind.

5. Muss Jemand mit einer ansteckenden Krankheit von einem Ort zum andern befördert werden, so muss der Polizeibeamte des Reviers den Krankenwagen auf Ausweis eines ärztlichen Zeugnisses mit dem Namen der Krankheit requiriren. Nach jedem Transport wird der Krankenwagen nach den Verfahren, welche vom Gesundheitsamt und seiner Leitung angegeben sind, desinficirt.

6. Die Kosten für den Transport im besonderen Krankenwagen entfallen zu Lasten des Transportirten oder bei Unbemittelten der Verwaltung des Krankenhauses. Sie werden nach dem Tarif der gewöhnlichen Wagen mit einem Zuschlag von 50 pCt. berechnet.

7. Jeder Wagen, welcher dieser Verordnung zuwider zum Transport eines ansteckenden Kranken benutzt ist, wird einer sofortigen und vollständigen Desinfection unterworfen.

Die Wagen selbst haben eine Gestalt etwa wie die Aktenwagen unserer Behörden. Der Raum unter dem Kutschersitz ist mit zur Unterbringung der Trage im Inneren verwendet. An jeder Seitenwand befindet sich je ein grosses Fenster. Die Einladung des Kranken geschieht von hinten. Bremsvorrichtung ist vorhanden. 1897 wurden die Wagen 46 Mal zur Beförderung ansteckender Krankheiten benutzt.

In Gent ist jedes der 12 Polizeicommissariate mit einer Räderbahre für die Beförderung von Verletzten, welche ins Krankenhaus gebracht werden, versehen. Ein besonderer Wagen ist zum Transport von ansteckenden Kranken ins Hospital vorhanden. Der Wagen wird durch Vermittelung der Polizei herbeigerufen und nach jedem Transport desinficirt.

Ein von der Stadtverwaltung bereitgestellter Krankenwagen steht zur Verfügung der Polizei in Lüttich. Unter Umständen kann auch auf städtische Kosten öffentliches Fuhrwerk zum Krankentransport benutzt werden.

## 2. Bulgarien.

In den grösseren Städten des Fürstenthums ist der Krankentransport durch die städtischen Behörden eingerichtet, von den Stadtärzten geleitet und von den staatlichen Aerzten beaufsichtigt. Die bezüglichen Bestimmungen sind im Sanitätsgesetz und in den betreffenden Dienstanweisungen für die städtischen und Staatsärzte enthalten. In kleineren Städten, welche städtische Aerzte besitzen, sind die gleichen Verfügungen vorhanden. In noch kleineren ohne städtische Aerzte wird der Dienst durch Feldscheerer unter Unterstützung der Ortsvorsteher gehandhabt.

### 3. Dänemark.

In den Tagebüchern des Königlichen Friedrich-Krankenhauses zu Kopenhagen von Friedrich Ludwig Bang, welche 1790 aus dem Lateinischen übersetzt von Johann Heinrich Ingler erschienen sind, findet sich folgende Bemerkung über die Einlieferung der Kranken:

„Die Einführung der Kranken ins Krankenhaus wird, wenn die erwähnte Meldung und Untersuchung vollendet ist, gleich bewerkstelligt; doch, auch ohne dass diese vorhergegangen sind, werden diejenigen, die eine beträchtliche Verletzung durch äussere Gewaltthätigkeit erlitten haben, gleich gefordert und zugelassen. Der Transport nach dem Krankenhause wird entweder von den Kranken nach Belieben selbst besorgt, oder er geschieht mittelst der Sänfte des Krankenhauses, bey welcher bestimmte Träger im Krankenhause sind. Ist so der Kranke zugelassen, so weiset ihm der Gegenschreiber das ihm zukommende Zimmer und Bette an."

Seit 1889 besteht eine Gesellschaft „Foreningen for Loegevagstationer", welche in allen Polizeiwachen Krankenwagen nach Wiener Muster eingestellt hat, welche durch Fernsprecher von 300 Stellen zu erlangen sind. Die Pferde für die Wagen werden vom benachbarten Droschkenstand entnommen. Die Wagen sind zur Aufnahme von zwei Verletzten bestimmt, leicht zu desinficiren und enthalten Verband- und Erfrischungsmaterial.

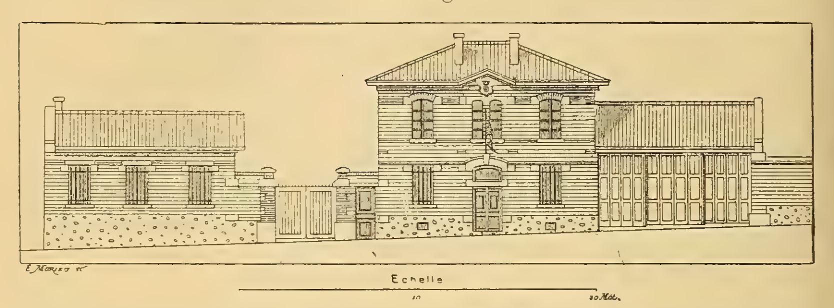
### 4. Frankreich.

Die Beförderung der Verunglückten in Bordeaux wird von der Rettungsgesellschaft ausgeführt, welche in den einzelnen Wachen der Gesellschaft sowie bei verschiedenen Apothekern Tragbahren aufgestellt hat. Auf den Wachen beflnden sich auch Fahrbahren.

In Paris ist das gesammte Krankentransportwesen von den Behörden geregelt. An dieser Stelle ist nur die Krankenbeförderung zu schildern, welche den Dienst der Ambulances municipales der Stadt Paris darstellt, welche der Seinepräfectur unterstellt sind. Der Zweck der Ambulanzen ist einzig der, Kranke oder Verunglückte in ihrer Wohnung oder auf der Strasse aufzusuchen und sie in die Krankenhäuser oder in ihre Wohnungen zu bringen. Zu diesem Behufe sind die Ambulances municipales und urbaines vorhanden, deren erstere für die Beförderung von Kranken, ansteckenden und nicht ansteckenden, bestimmt sind, während die anderen zur Beförderung von Verletzten und Verunglückten, niemals aber von ansteckenden Kranken dienen. Auf Anregung von Dr. Nachtel wurde 1887 im Hospital Saint-Louis die erste Station der Ambulances urbaines eröffnet, 1889 errichtete die Stadt Paris zwei Ambulances municipales, in der Rue de Staël und Rue de Chaligny. 1895 gingen die Ambulances urbaines in die Verwaltung der Stadt über, und es wurde gleichzeitig eine Neueinrichtung des gesammten Krankentransportwesens beschlossen. Jetzt sind Ambulances municipales

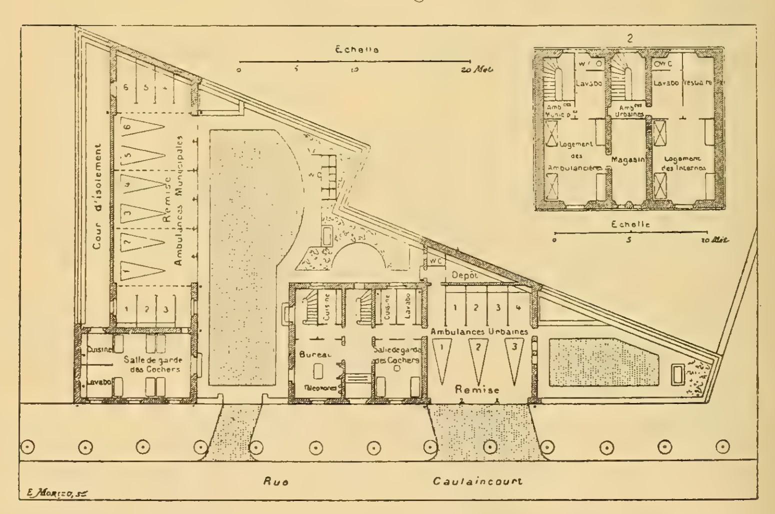
in der Rue de Staël und Chaligny vorhanden, am Markt Saint-Honoré und im Hospital Saint-Louis befinden sich Ambulances urbaines. In der Rue de Coulaincourt ist eine Station mixte, welche sowohl für Beförderung von Kranken (auch ansteckenden) als auch Verunglückten eingerichtet ist. Die beifolgenden Abbildungen 5 und 6 veranschaulichen

Abbildung 5.




Station mixte der Pariser Krankentransport-Stationen. Rue Coulaincourt 78. Vorderansicht von der Strasse.

Abbildung 6.




Station mixte der Pariser Krankentransport-Stationen. Rue Coulaincourt 78. Unteres Stockwerk; rechts in der Ecke erstes Stockwerk des Mittelgebäudes.

diese Station, welche die bemerkenswertheste ist, da sie beide Arten von Krankenbeförderungen besorgt.

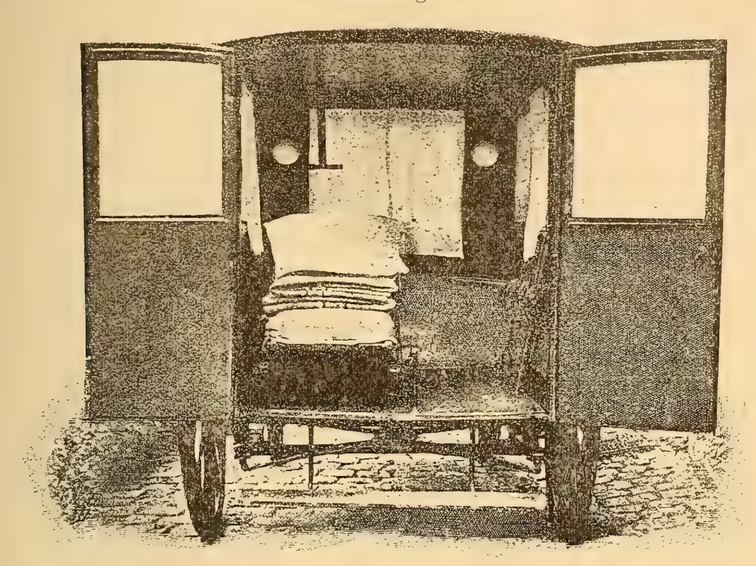
Hier untersteht die Beförderung Verunglückter und Erkrankter einer gemeinsamen Oberaufsicht. Die Station hat 6 Wagen, welche wie die in den anderen Stationen die in Abbildung 7 gezeichnete Gestalt, haben; der Nachtdienst wird mit 2 besonderen Wagen besorgt.

Die Wagen haben einfachere Form als die Englischen, sehen aber

immer noch besser als einzelne der in Berlin gebräuchlichen Krankenwagen aus. Die Abbildung giebt eine Ansicht eines geöffneten Wagens, welcher von hinten mit der Tragbahre beladen wird. Die Tragen werden auf einer



Abbildung 7.



Krankenwagen der Ambulances der Stadt Paris. Innenansicht von hinten.

Vorrichtung federnd im Wageninneren aufgestellt. In vier niedrigen Fussstützen sind senkrecht gegen dieselben Spiralfedern befestigt, an deren jeder je ein Tragholm angehängt wird, sodass eine schräg nach unten und der Mitte der Trage zu erfolgende Federung bewirkt wird. Die Wagen sind äusserlich röthlich-bräunlich gestrichen und tragen auf einem rothen Mittelstreifen die Aufschrift „Ville de Paris". Aussen sind sie mit einer durch Tritt des Kutschers tönenden Glocke versehen. An jeder Breitseite und in beiden Thürflügeln befinden sich Fenster, ferner ein ziemlich grosses in der Stirnseite des Wagens. Ausser dem Thürschloss ist noch mehr nach unten an der Thür ein Riegel angebracht. Neben der Trage ist Platz für einen Begleiter vorgesehen, ferner ist für Beleuchtung gesorgt.

Die Wagen werden nach jedem Transport desinficirt, die Decken, Kissen etc. im Dampfapparat, das Wageninnere mit Sublimatspray. Jeder Transport wird von einer Pflegerin, Ambulancière infirmière diplomée des hôpitaux, begleitet, von welchen 5 am Tage und 1 in der Nacht Dienst thun. Die Kutscher für den Transport der ansteckenden Kranken tragen weisse, für die Beförderung der nicht ansteckenden innerlich Kranken blau und weissgestreifte leinene Anzüge. Der Wachtsaal der Kutscher befindet sich neben dem Fernsprechmeldezimmer. Derselbe dient auch als Essraum und enthält Vorrichtungen zum Waschen und

Desinficiren der Hände mit Sublimat. 2 Schränke sind mit den Betten für die wachthabenden Kutscher versehen. Im Oberstock befinden sich die Wohnräume für die wachthabenden Personen.

Für jeden Wagen ist ein grosser Beutel aus Leinewand vorgesehen, welcher stets mitgeführt wird, und Schienen sowie Verbandstoffe enthält, damit sogleich, wenn der Wagen von einem Polizisten oder einer anderen Person zur Hülfe bei einem Unfall angehalten wird, die nothwendigen Verbandmittel zur Stelle sind. Ferner befinden sich im Oberstock die Aufbebewahrungsräume für Decken, Kissen, Matratzen und andere beim Transport erforderlichen Geräthschaften. Rechts von dieser Station sind die Stallungen und Wagenremisen für die Ambulance urbaine, welche die Beförderung der Verunglückten und Verletzten zu besorgen hat, welche im Aufsatz Rettungswesen zu schildern ist.

Die beiden anderen oben genannten Stations d'Ambulances municipales sind genau wie die hier beschriebene Abtheilung der Station mixte eingerichtet.

Das Personal der Station besteht aus dem wachthabenden Telephonisten, dem ärztlichen Personal für die chirurgische Krankentransportstation, den begleitenden Pflegerinnen für die Transporte der ansteckenden Kranken und einer Anzahl von Kutschern. Sobald die Kutscher ihren Dienst in den Stationen antreten, haben sie sich mit den vorgeschriebenen Anzügen zu bekleiden. Eins der vorhandenen Pferde steht fertig angeschirrt, die anderen beständig bereit angespannt zu werden. Ertönt die Alarmglocke des Telephonisten, schirrt der an der Reihe befindliche Kutscher schleunig sein Pferd an, besteigt den Bock und erwartet weitere Befehle vom diensthabenden Arzt oder der Pflegerin. Es sind für alle erdenklichen Massnahmen besondere Verordnungen erlassen, welche streng innegehalten werden müssen.

Auf der Trage liegen die Kranken auf Matratze und Kopfkissen. Ueber der Matratze ist eine Decke ausgebreitet, um deren directe Berührung mit dem Kranken zu verhüten. Nach jedem Transport eines ansteckenden Kranken, d. h. mit Unterleibstyphus, Pocken, Masern, Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten, Tuberkulose, Lungenentzündung, Rose, Wochenbettfieber und jeder anderen übertragbaren Erkrankung, muss der Wagen sofort zur Station zurückkehren, wo die Decken, Matratzen und anderen der Ansteckung ausgesetzten Gegenstände in Säcke verpackt werden, welche jeden Abend zur städtischen Desinfectionsanstalt befördert werden. Das Innere und die anderen beweglichen Gegenstände des Wagens werden sogleich mit grossen Mengen Wassers vermittelst eines Zerstäubers oder Eimers gesäubert.

Der Wagen wird nach Nothwendigkeit abgebürstet oder mit Schwamm abgewaschen. Die Waschungen geschehen mit einer Lösung von Sublimat 1 : 1000. Das Desinfectionsamt sorgt dafür, dass jede Transportstation stets genügenden Vorrath antiseptischer Flüssigkeiten besitzt. Der Wagen darf nur nach Ausführung dieser Maassnahmen und nach gehöriger Trocknung zu einem neuen Transport gebraucht werden. Reine Decken,

Matratzen und Kissen zum Wechseln werden in reinen und verschlossenen Säcken aufbewahrt, welche soweit als möglich von den bereits benutzten getrennt sind. Jede Person der Station, welche mit einem ansteckenden Kranken in Berührung gewesen, hat sich sofort Hände und Gesicht mit antiseptischer Lösung zu waschen, und sogleich reine Dienstkleider anzulegen, nachdem die benutzten in die zur Desinfection bestimmten Säcke verpackt sind. Die Pferde werden so ausgesucht, dass sie mindestens 14 Kilometer mit dem beladenen Wagen in der Stunde zurückzulegen fähig sind. Die Zahl der von den municipalen Transportstationen ausgeführten Krankenbeförderungen betrug jährlich:

| | |
|---|---|
| 1890 : 1931 | 1894 : 19103 |
| 1891 : 7925 | 1895 : 21583 |
| 1892 : 16304 | 1897 : 22132 |
| 1893 : 18420 | |

Unter den Zahlen des letzten Jahres waren 15074 Transporte von Personen mit nicht ansteckenden, 4745 mit ansteckenden Krankheiten. Kosten für die Krankentransporte werden nicht erhoben. Das Budget für sämmtliche Tranporte beträgt etwa 280000 Frcs. fürs Jahr, d. h. für jeden Transport mit Begleitung Tags oder Nachts 11 Frcs.

Bemerkenswerth ist, dass seit dem Jahre 1885 bis 1895 die Zahl der mittelst Krankentrage durch die Polizeistationen, Postes de Police, ausgeführten Krankentransporte ziemlich stetig abgenommen hat, sie ist von 858 im Jahre 1885 auf 660 im Jahre 1895 gesunken. Die Einrichtung dieser Aemter für die Krankenbeförderung wird im zweiten Aufsatz zu schildern sein, da sie eigentlich nur bei Unglücksfällen in Thätigkeit treten. Für die gesammte Krankenversorgung ist die Stadt Paris in einzelne Bezirke, Circonscriptions hospitalières, eingetheilt, deren jeder um ein bestimmtes Hospital abgegrenzt ist, in welches Patienten aus dem betreffenden Revier befördert werden.

Ein Centralfernsprechamt mit Tages- und Nachtdienst ist im Bureau der „Inspection générale de l'assainissement et de la salubrité de l'habitation“ eingerichtet. Hier ist bekannt, welche Wagen unterwegs, und in welchen Hospitälern Betten besonders für geburtshülfliche Fälle frei sind. Zu diesem Behufe werden täglich zweimal zu bestimmten Stunden von den geburtshülflichen Stationen der Krankenhäuser die verfügbaren Betten der Centrale angezeigt. Die Stationen haben sich auch der Vermittelung der Centrale zu bedienen, wenn ein Krankenhaus besetzt ist. Ausserdem sorgt die Centrale für die Ueberweisung eines Krankentransportes an eine andere Station, falls die Beförderung eines Patienten wegen Inanspruchnahme aller Wagen von einer Station nicht ausgeführt werden kann. Es besteht hier also eine Aehnlichkeit mit den Einrichtungen der Berliner Rettungsgesellschaft.

Für das gesammte Krankentransportwesen sind für die Registrirung und nachher aufzustellende Statistik eigene ausführliche Formulare vorhanden, von welchen das Muster des Aufnahmezeugnisses hier abgedruckt ist:

Kanzlei
der
Gesundheits- und
Wohlthätigkeits-
Einrichtungen.

Station
der
städtischen
Krankentransport-
wagen.

**Französische Republik.**

Freiheit — Gleichheit — Brüderlichkeit.

| No. des Auftrags |
|---|
| ........................ |

Direction der städtischen Angelegenheiten.

Strasse ........................ No.

Datum ........................
Name ........................
Vorname ........................
Alter ........................
Geschlecht ........................
Gewerbe ........................
Ort, von dem der Kranke geholt worden ........................
Krankheit ........................
Bestimmungsort ........................
Transport bestellt am ........................
Krankenpflegerin ........................
Kutscher ........................
Desinfection verlangt von........................
auf der Station von........................ um ........ Uhr ........ Minuten.

Der Unterzeichnete erklärt, dass........................
erkrankt an........................ im genannten Hospital um........ Uhr angekommen, an diesem Tage aufgenommen wurde, worüber diese Bescheinigung.

Paris, den ........................ 1........

Stempel des Hospitals.

| Stunden | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Abfahrt | Wohnung oder Krankenhaus | | Bestimmungskrankenhaus (Hôpital destinataire) | | Rückfahrt |
| | Ankunft | Abfahrt | Ankunft | Abfahrt | |
| | | | | | |

Ein besonderer Dienst besteht für die Beförderung Verunglückter in den Bois de Boulogne.

Wie leicht zu erkennen, hat man also in Paris durch Regelung des

Krankentransportwesens seitens der Behörden auch den wichtigsten Theil des Rettungswesens geordnet und damit demjenigen Theil meiner Forderungen genügt, welche ich seit Jahren erhoben.

Ausserdem ist in Frankreich eine sehr grosse Zahl von wohlthätigen Gesellschaften vorhanden, welche Hülfe in Nothfällen leisten und auch die Beförderung von Verunglückten und Kranken ausführen. Ihre Einrichtung wird im Aufsatz „Rettungswesen“ zu behandeln sein.

Noch in einzelnen anderen Städten Frankreichs sind organisirte Vorkehrungeu für den Krankentransport vorhanden.

In Marseille besteht seit 1892 ein „Bureau municipal d'Hygiène publique et de desinfection“ welchem auch die Beförderung der Kranken, ansteckenden und nicht ansteckenden, obliegt. 4 Coupéwagen, von welchen 2 im Inneren für leichte Reinigung eingerichtet sind, sind zur Beförderung von Personen mit ansteckenden Leiden bestimmt, und an besonderen Stellen untergebracht. Der Transport wird kostenlos ausgeführt, die Herbeirufung geschieht durch das Polizeiamt, in welchem der Kranke wohnt, oder in dringendem Falle auf mündliche Bestellung.

In Nantes richteten vor einigen Jahren die städtischen Behörden den „Service de prompte secours“ ein, welcher ausser den ersten Hülfeleistungen bei Unglücksfällen auch den Krankentransport umfasst. Derselbe ist der städtischen Feuerwehr anvertraut.

## 5. Grossbritannien.

Das Krankentransportwesen für Verunglückte und Verletzte ruht in den Händen der St. John Ambulance Association, welche über ganz England und Kolonien ausgebreitet ist und Zweiganstalten unterhält. Für Beförderung ansteckender Kranker sorgen meistens die Behörden der einzelnen Städte. Musterhaft ist das Krankentransportwesen in dieser Hinsicht in London geordnet. Es bildet hier eine eigene für sich bestehende Einrichtung, welche als behördliches Institut nur die Beförderung der ansteckenden Kranken umfasst, während die Beförderung der Verunglückten ausser von der St. John Ambulance Association von der Hospitals Association Ambulance ausgeführt wird.

In London und in ganz England betreiben die Behörden nur die Unterbringung und Veısorgung der ansteckenden Kranken in Krankenhäusern, und überlassen die Pflege der mit anderen Leiden behafteten Personen dem Gemeinsinn des Volkes, welches auch für diese Dinge Summen aufbringt, welche uns, die wir leider nicht über so reiche und so viele reiche Landsleute verfügen, gewaltig erscheinen müssen. Von den 131 Hospitälern, welche 1898 in London vorhanden waren, wurden 121 durch freiwillige Beiträge der Bürger erhalten, während 10 städtische mit 4419 Betten der Aufsicht des Metropolitan Asylums Board unterstehen und nur zur Aufnahme ansteckender Kranker dienen. Ausserdem sind zwei städtische Anstalten zur Aufnahme von Genesenden vorhanden, deren eine 764 Betten hat. Pockenkranke finden Aufnahme in den Hospital Ships und einer Krankenanstalt, Pockengenesende in einem

besonderen Heim. 6 der städtischen Hospitäler sind mit eigenen Krankentransportstationen, Ambulance Stations, verbunden, deren Einrichtung von hervorragender Reichhaltigkeit und Zweckmässigkeit ist. Da die Stadt nur für Personen mit ansteckenden Krankheiten sorgt, indem sie dadurch die Weiterverbreitung dieser zu verhüten sucht, wie die Gemeinden die Sorge übernommen haben, die Weiterverbreitung eines Feuers zu verhüten, so hat sie daher auch die Art der Beförderung der ansteckenden Kranken in hervorragender Weise geregelt. Ausser dem genannten Dienst für Beförderung ansteckender Kranken zu Lande, Land Service, besteht noch ein eigener Dienst für die Beförderung der Pockenkranken in die Hospital Ships, welche zu Wasser befördert werden, River Service. Zur Aufnahme in ein städtisches Krankenhaus ist ein ärztliches Zeugniss nach untenstehendem Schema erforderlich.

Die Kosten für die 6 Transportstationen betrugen 1899 rund 22370 Pf. St. = 447400 Mark, für den Flussdienst 5400 Pf. St. = 108000 Mark. Für den eigenen ärztlichen Dienst bei der Krankenbeförderung wurden 980 Pf. St. = 19600 Mark aufgewendet, und 875 Pf. St. = 17500 Mark für Neubauten der Stationen. Die die Krankentransporte begleitenden Pflegerinnen, Ambulance Nurses, erhielten 3300 Pf. St. = 66000 Mark. Im Ganzen wurden 24945 ansteckende Kranke, mit Scharlach, Diphtherie, Typhus und Pocken, in die städtischen Krankenanstalten befördert, 7973 Genesende in die Genesungsheime und 7904 genesene Kranke in die Hospitäler zur Entlassung zurückgebracht. Ausserdem wurden gegen Entgelt 369 Transporte nach anderen Orten ausgeführt, 144 poliklinische Patienten der allgemeinen

---

(Name der örtlichen Gesundheitsbehörde des betreffenden Districtes.)

Sanitätsordnung (London) 1891.

Meldung ansteckender Krankheiten.

Zeugniss des praktischen Arztes.

An den Medicinalbeamten (Medical Officer of Health),

[1]) ...............................................................

Ich bescheinige hierdurch, dass nach meiner Ansicht die hierunter näher bezeichnete Person an einer ansteckenden Erkrankung leidet, auf welche § 55 der Londoner Sanitätsordnung von 1891 Anwendung findet (siehe Anmerkung); und ich bescheinige ferner folgende Einzelheiten, deren Angabe bei solchen Personen nach jenem Paragraphen erforderlich ist.

---

1) Hier ist der Name des Districts einzurücken. Betrifft das Zeugniss einen Insassen eines Krankenhauses, so muss dasselbe an den Medicinalbeamten des Districts gesendet werden, in welchem der Ort liegt, von welchem aus der Kranke ins Hospital gebracht wurde.

Hospitäler in ihre Behausungen, und 247 Typhuskranke aus ihren Wohnungen in allgemeine Krankenanstalten übergeführt. Im Ganzen wurden also in London 42119 Krankentransporte zu Lande ausgeführt, die einzelnen Wagen besorgten 28184 Fahrten, wobei sie rund 260367 englische Meilen zurücklegten.

Zu und von den Hospital Ships beförderten die Dampfboote 1468 Personen. Von diesen waren 11 Kranke, die zu den Krankenschiffen, 6 Genesende, die von diesen zurückkamen, und 1451 andere Personen, Besucher, Beamte u. s. w.

---

Name (Vor- und Zu-) des Kranken.........................
Alter des Kranken..........................Geschlecht.........................
Genaue Angabe der Wohnung[1]) des Kranken ..
..................................................................................................
Wenn sich der Kranke in einem Krankenhause befindet:
a) Angabe des Ortes, von welchem der Kranke dorthin gebracht wurde.........................
b) Datum des Tages, an welchem der Kranke dorthin gebracht wurde.........................
Name der ansteckenden Krankheit, an der der Kranke leidet .........................
Angabe, ob sich der Fall ereignet hat:
a) In der Privatpraxis des das Zeugniss ausstellenden Arztes .........................
b) In seiner Thätigkeit als Medicinalbeamter einer öffentlichen Körperschaft oder Anstalt, und wenn dies der Fall, anzugeben, in welcher Körperschaft oder Anstalt .........................

Ausgestellt am .........................ten.........................18
(gezeichnet).................................................. praktischer Arzt.
Wohnung ..................................................................................................

Anmerkung. Dieses Zeugniss muss sogleich (bei Vermeidung einer Strafe von mindestens 40 Schillingen) in die Kanzlei oder Wohnung des Medicinalbeamten vom Arzt, welcher den Kranken behandelt oder zu ihm gerufen wird, gesendet werden, sobald der Arzt erkennt, dass der Kranke an einer ansteckenden Erkrankung leidet, auf welche der Paragraph Anwendung findet; nämlich eine der folgenden Krankheiten: Pocken, Cholera, Diphtherie, Croup, Erysipelas, Scharlach, Flecktyphus, Unterleibstyphus, Rückfallfieber, Febris continua, Wochenbettfieber oder irgend eine andere ansteckende Krankheit, auf welche in jenem District der § 55 der Sanitätsordnung für London von 1891 Anwendung findet.

---

1) Dient ein Schiff, Boot, Zelt, Hütte oder ähnliche Baulichkeit als Behausung, so ist Name oder Bezeichnung der Wohnung und der Name des Platzes, wo sie gelegen, anzugeben.

Seit dem Jahre 1881, in welchem das erste städtische Hospital für ansteckende Kranke eröffnet wurde, sind bis Ende 1899 von ihren Behausungen in die Krankenhäuser 201547 Kranke befördert worden, Pockenkranke und -Genesende wurden 35603 transportirt. Mit den anderen Transporten von Reconvalescenten, sowie Patienten, welche in andere Hospitäler etc. befördert wurden, erreichte die Inanspruchnahme der städtischen Krankentransportanstalten seit 1881 im Ganzen die Zahl 390120.

Da wohl die Einrichtung des Londoner Krankentransportdienstes für ansteckende Kranke die grossartigste der Welt ist, was sich hauptsächlich durch die erheblichen zur Verfügung stehenden Geldmittel erklären lässt, so will ich denselben noch weiter darlegen, indem ich aus meiner Arbeit, welche wohl die erste in Deutschland erschienene ist, welche diese Dinge näher erörtert, die betreffende Beschreibung entnehme.

Die Krankentransportstationen stehen mit den Krankenhäusern räumlich in Verbindung, ferner wird eine Anzahl der Nurses des Hospitals als Ambulance Nurses der Transportstation zur Begleitung der Kranken während der Fahrt zur Verfügung gestellt.

„Im Uebrigen hat die Station eigene Verwaltung unter einem Superintendent, welcher dem Ambulance Committee des Metropolitan Asylums Board unterstellt ist, und liegt ausserhalb des Grundstücks des Hospitals, mit besonderem Eingang, aber dem Krankenhause dicht benachbart, so dass nur eine Mauer beide Gebiete von einander trennt. . . . .

Ich will als Beispiel die Brook Ambulance Station beschreiben:

Am Eingange befindet sich die Canzlei mit verschiedenen Fernsprechern zum Hauptamt des Metropolitan Asylums Board, zum Stadtverkehr u. s. w. Hier wird auch genau über alle mündlich eingehenden Meldungen Buch geführt, und in Listen sorgsam die Abfahrts- und Rückkehrszeit der Wagen, die von jedem zurückgelegte Entfernung, Name des Meldenden und Alter und Wohnung des Kranken, des Kutschers, der Nurse, Bezeichnung der Krankheit und der Zeit, zu welcher der Kranke im Hospital eingeliefert wurde, eingetragen. Die gesammte Buch- und Listenführung für die Meldung, Beförderung und Krankenhausaufnahme eines ansteckenden Kranken in London ist derartig ein- und weitgehend, dass es nicht für jeden Fremden ganz leicht ist, sich aus und in allen Formularen, welche für diese Zwecke erforderlich sind, zurechtzufinden. Tritt man auf den Hof hinaus, so liegen zur rechten Seite zunächst Ställe für acht Pferde, dann folgt Futterraum, je eine Lederkammer mit dem Zeug für täglichen Gebrauch und zur Reserve und wiederum Stallungen für acht Pferde. Die Lederkammer mit dem Reservezeug gewährt mit ihren in Reihen geordneten, zur Beschirrung der Pferde erforderlichen Stücken, deren jedes mehrfach vertreten ist, einen geradezu glänzenden Eindruck. Die im täglichen Gebrauch befindlichen Gegenstände sind weniger neu, aber peinlich sauber. Die Pferde selbst sind ausgesucht schöne Thiere, ihre Stallungen sind so sauber, wie die Wohnräume des Personals gehalten. Hinter den Ställen liegt

dann noch auf der einen Seite der Station ein kleiner und diesem gegenüber ein grösserer Speicher für die Krankentransportwagen, deren diese Station 18 zählt. 15 derselben sind in Equipageform, drei als Omnibusse gebaut. An der dem Eingange der Station gegenüberliegenden Hinterwand befindet sich eine grosse Werkstatt für Ausbesserungen am Wagen- und Ledermaterial. In neuerer Zeit sollen sogar Wagen in den Werkstätten neu gebaut werden.

Ueber dem grösseren Wagenspeicher liegt ein gemeinsamer Speisesaal für das männliche Personal der Anstalt, eigene Waschküche mit allen Geräthschaften zur Behandlung der Wäsche dieses, und weiter zum Eingange Versammlungsräume (Sitting Rooms) für das Personal. Im Oberstock befinden sich die Schlafräume und Badeanstalt für die Mannschaften (24 Mann). Jeder vom Dienst kommende Mann nimmt zuerst ein Bad und betritt erst dann die übrigen Räume, welche für jeden Einzelnen getrennt sind. Die Wände bestehen aus gebohntem Holz, jeder Raum enthält ein Bett und die sonst erforderlichen Ausrüstungsgegenstände. Die gesammte Anlage besteht aus Backsteinbauten, um möglichst grosse Feuersicherheit zu gewähren. Die Lüftung aller Räume wird durch die Fenster bewirkt, welche von oben und unten her nach der Mitte über einander geschoben werden können. . . . .

Die Kutscher und Begleiter der Wagen tragen die Uniform der Beamten des Metropolitan Asylums Board, welche durch das Monogramm dieses zu beiden Seiten des Kragens und an der Vorderseite der Mützen kenntlich gemacht ist. Jeder männliche Begleiter zieht vor jedem Transport einen waschbaren Anzug über; muss auch der Kutscher beim Tragen des Kranken zugreifen, so hüllt er sich in einen Kautschukanzug. Diese werden sofort nach Rückkehr zur Station an besonderen Stellen im Obergeschoss des Hauses angehängt. Im Inneren haben die Röcke der Kragen besondere Abzeichen, einen rothen Strich für Benutzung bei Scharlach, einen schwarzen Strich für Diphtherie, ein rothes Kreuz für Unterleibstyphus. Die Röcke hängen an einer Wand in drei Abtheilungen neben einander, welche durch schwarze Striche oberhalb der Haken an der Wand hergestellt sind. Sie werden wöchentlich einmal gewaschen, weil sie durch diese Aufbewahrungsart nicht mit einander in Berührung kommen sollen (?) . . . .

Die Vorschriften für die Ausführung der Krankentransporte seitens der Beamten, Nurses und Mannschaften und die Aufnahme der Kranken in die Krankenanstalten des Metropolitan Asylums Board sind in London bis in die kleinsten Einzelheiten durchdacht und müssen genau befolgt werden. Das Hauptamt für die Krankentransporte bildet das Ambulance Department des Metropolitan Asylums Board im Norfolk House. Hier befindet sich ein grosses Meldeamt mit zahlreichen Fernsprechern, vermittelst deren von 9 Uhr Morgens bis 8 Uhr Abends Kranke, deren Aufnahme in einem Fever Hospital oder auch Pockenlazareth erforderlich ist, von aussen angemeldet werden. Die Meldung wird sofort in ein bestimmtes Formular eingetragen, welches ausser Namen, Geschlecht,

Wohnung des Kranken und Art der Erkrankung genau die Zeit der Telephonmeldung enthält, welche mit farbigem Uhrstempel vermerkt wird. Dieser befindet sich auf der Rückseite einer Taschenuhr; die aus Gummi gefertigten Zeiger werden selbstthätig von den vorderen Uhrzeigern auf die aus Gummi bestehenden Ziffern des Zifferblattes eingestellt. Der Aufsichtsbeamte meldet sogleich mit Fernsprecher der der Wohnung des betreffenden Kranken zunächst gelegenen Ambulance Station die Adresse des Kranken und von der Canzlei der Station wird dann der Befehl zur Ausführung des Transportes ertheilt. Nur Kranke mit Pocken, Diphtherie und Fiebern (Enteric, Scharlach, Relapsing etc.) dürfen in die Krankenanstalten des Board aufgenommen werden.

In der Nähe der Stationen Wohnende können die Meldung auch direct in der Canzlei derselben anbringen, wie dies auch während der Nachtzeit, von 8 Uhr Abends bis 9 Uhr Morgens, erforderlich ist. Jeder Meldung ist der Name des Meldenden zuzufügen; ohne ärztliches Zeugniss, welches die Art der ansteckenden Krankheit bescheinigt, darf die den Wagen begleitende Ambulance Nurse keinen Patienten zum Transport aufnehmen, wenn sie nicht besonders hierzu beauftragt ist. Die Kranken müssen alle Werthsachen und Geld in ihrer Behausung belassen, dürfen nur mit leinenen Unterkleidern versehen sein. Sie werden vor dem Transport in Tücher gewickelt, welche die Nurse von der betreffenden Station mitzubringen hat. Die Wärterin hinterlässt in der Wohnung, aus welcher der Kranke geholt wird, einen Schein, welcher den Namen des Krankenhauses, in welches der Kranke gebracht wird, und auf der Rückseite die Anordnungen, welche Besucher des Kranken im Spitale zu befolgen haben, enthält. Ausserdem wird mit dem Kranken ein Schein im Hospital abgeliefert, während ein zweiter bezügliche Bemerkungen für Kutscher und Wärterin enthält und auf der Transportstation nach Rückkehr abgegeben wird. Beide Scheine hängen zusammen und werden von einander und vom Abschnitt, der im Buche zurückbleibt, in durchlochten Linien getrennt. Sie werden in Rothdruck für Pockenkranke, in Schwarzdruck für die übrigen Kranken hergestellt.

Die Krankentransportwagen des Metropolitan Asylums Board können auch zur Beförderung von ansteckenden Kranken (mit Pocken, Cholera, Diphtherie, Croup, Erysipel, Scharlach, Flecktyphus, Unterleibstyphus, Rückfallfieber, Febris continua und Wochenbettfieber) an andere Plätze als die Hospitäler des Board, von einer Wohnung in die andere oder in ein Privatkrankenhaus benutzt werden. Auch in diesem Falle ist ein ärztliches Zeugniss, welches der Kutscher des Wagens erhält, erforderlich. Die Kosten für einen solchen Transport (welcher also meistens nur von Zahlungsfähigen beansprucht wird) betragen einschliesslich der Zahlung für einen männlichen Begleiter, welcher mitfährt, falls der Kranke älter als 10 Jahre ist, fünf Schillinge, für welche der Kutscher Quittung ertheilt. Ein Angehöriger darf den Kranken auf dem Transport begleiten und wird auf Wunsch nach dem Orte, woher der Patient gebracht wurde, zurückbefördert. Auch eine Nurse kann, wenn gewünscht,

für einen Zuschlag von $2^1/_2$ Schillingen mitfahren. Mit besonderer Genehmigung des Ambulance Committee oder des Geschäftsführers (Clerk) des Board fahren die Krankenwagen auch nach Plätzen ausserhalb des Weichbildes der Stadt, wofür ein Schilling für jede Meile ausserhalb der Stadt zu zahlen ist.

Ein besonderer Paragraph (70) der Londoner Sanitätsordnung verbietet, wie dies auch in Berlin, Hamburg u. s. w. der Fall ist, bei einer Strafe von 10 Pfund den Kutschern die Beförderung von ansteckenden Kranken in öffentlichen Fuhrwerken, und den Kranken selbst, solche Fuhrwerke zu benutzen. Hat eine solche Benutzung dennoch stattgefunden, so soll der Kutscher oder Eigenthümer des Wagens, sobald er davon Kenntniss erhält, der Sanitätsbehörde bezügliche Meldung erstatten, damit das Gefährt desinficirt werden kann. Im Unterlassungsfalle hat der Kutscher fünf Pfund Strafe zu zahlen, ihm steht aber das Recht zu, sich an der beförderten oder derjenigen Person, welche den Transport veranlasst hat, schadlos zu halten, so dass ihm jeder Verlust und Ausgaben, welche in Verbindung mit der Desinfection stehen, gedeckt werden. Die Sanitätsbehörde hat die Pflicht, auf Erfordern der Kutscher oder Eigenthümer der Wagen für deren kostenlose Desinfection Sorge zu tragen.

Den humanen Sinn, von welchem alle Anordnungen der Behörden in England für die Kranken zeugen, beweist unter Anderem der Umstand, dass die gute Ankunft im Krankenhause auf besonderem Formular vom Chefarzt den Angehörigen des Kranken mitgetheilt wird. In gleicher Weise wird Meldung von gefährlicher Verschlimmerung des Zustandes des Kranken gemacht, damit die Angehörigen den Betreffenden noch sehen können. Der Verwalter des Krankenhauses setzt sich dann mit dem Leiter der Transportstation in Verbindung, um den Besuchern die Möglichkeit zu gewähren, im Wagen zum Hospital und zurück zu gelangen. Für gewöhnlich dürfen nur zwei Besucher täglich einen Kranken, dessen Befinden gefährlich ist, besuchen; jeder Besucher darf höchstens eine Viertelstunde lang beim Kranken verweilen“.

Bemerkenswerth ist, dass auch Personen, welche Kranke in den Hospitälern besucht haben, nach ihrer Entfernung aus dem Krankenhaus sich keines öffentlichen Fuhrwerkes bedienen sollen, wenigstens ist dieses Verbot auf den Formularen aufgedruckt. In welcher Weise es durchgeführt, und wie seine Durchführung beaufsichtigt wird, ist nicht recht deutlich ersichtlich.

„In gleich strenger Weise ist die Ueberführung eines Kranken von einem Krankenhause zum anderen geregelt. Von dieser werden die Angehörigen des Patienten und der Clerk der Guardians des Districtes, zu dem der Kranke gehört, benachrichtigt. Bei der Ueberführung sendet der Verwalter eine Abschrift des Aufnahmezeugnisses des Kranken mit und sorgt, dass Name und Wohnung eines Angehörigen, falls sie nicht auf jenem vermerkt waren, in dem Ablieferungsschein (Delivery Note) aufgeführt werden. Besonders genau wird auf Namen

und Wohnung bei kleinen Kindern geachtet. Jeder dieser Transporte wird von einer Nurse begleitet. . . . .

Unter besonderen Umständen kann der Chefarzt bestimmen — und muss hiervon mit Angabe der Gründe dem Clerk des Metropolitan Asylums Board Mittheilung machen —, dass der Kranke im Krankenwagen nach Hause befördert wird.

Aus den Genesungshäusern (Convalescent Fever-Hospitals) werden die Kranken nach der Bestimmung des Chefarztes entlassen. Die Angehörigen werden benachrichtigt nach dem am bequemsten gelegenen Fever-Hospital mit Kleidungsstücken für den Patienten zu kommen, und auch die Leiter der Ambulance Stationen, die einzelnen Patienten abzuholen veranlasst. Erscheinen die Angehörigen nicht, so werden die betreffenden Kranken nach dem Arbeitshause gebracht. Listen mit den Namen der Kranken werden in jedes Hospital gesendet und der Ambulance Nurse vom Dienst eingehändigt. Der Clerk kündigt den Chefärzten der Hospitäler, zu denen die Kranken entlassen werden, die Zeit der Ankunft der Genesenden an; die Chefärzte entsenden in jedem Krankenwagen eine Nurse zu den Genesungshäusern. Die Genesenen dürfen nicht die Fever-Hospitals, aus denen sie zur Entlassung kommen, sondern nur den für die Entlassung bestimmten Raum zum Zwecke des Badens und Einkleidens in ihre eigene neue Kleidung betreten. Für die Ausführung und Innehaltung aller dieser Verordnungen ist die Ambulance Nurse verantwortlich. . . . .

Die Ambulance Nurses haben besondere Vorschriften, von denen einige bereits oben erwähnt sind. Der Inhalt der übrigen erhellt aus den folgenden Angaben.

Im Aufenthaltsraum der Nurses darf keine Handarbeit ausser Nähen und Stricken von Unterzeug und Anzügen für den Hospitalgebrauch ausgeführt werden; alle dort verfertigten Sachen sind vor dem Gebrauch zu desinficiren oder zu waschen. Die Wäsche darf nicht in der Spülküche gewaschen oder getrocknet werden. Bevor die Nurse sich zu einem Patienten begiebt, muss sie ins Buch im Amtszimmer der Ambulance den Namen des Krankenhauses eintragen, in welches der Kranke gebracht wird. Vor Ausführung des Transportes prüft sie den Inhalt des Erfrischungskastens. Unmittelbar nachdem sie den Auftrag erhalten, holt sie von der Nurse vom Dienst die nöthige Kleidung und Papiere. Im Ablieferungsschein, welchen sie von der Station erhalten, müssen alle den Kranken betreffenden Angaben genau vermerkt sein. Stimmt der Name der Krankheit auf diesem Scheine nicht mit dem auf dem ärztlichen Zeugnisse überein, so darf sie den Kranken nicht transportiren, sondern muss zurückkehren, den Chefarzt des Hospitals und den Leiter der Transportstation benachrichtigen und weitere Befehle abwarten. Sie füllt ein für die Krankengeschichte bestimmtes Formular aus, welches die Nurse vom Dienst erhält. Die Patienten werden nach der Krankenanstalt gebracht, welche auf dem Schein der Nurse namhaft gemacht ist, und nur wenn das Befinden des Kranken während der Fahrt sich

verschlechtert, so dass er ohne Gefahr nicht weiter gebracht werden kann, wird er nach dem nächst gelegenen Asylums Board Hospital gebracht. Kinder unter sieben Jahren erhalten einen Zettel mit ihrem Namen und Alter um den Hals. Die Nurse hat je nach dem Zustande des Kranken den Kutscher zum langsamen oder schnellen Fahren zu veranlassen.

Wenn der Patient nach Ansicht der Nurse zu krank für einen Transport ist, muss sie hiervon die Angehörigen und den Arzt, der das Zeugniss ausgestellt hat, benachrichtigen. Gestattet dieser den Transport, so ist derselbe auszuführen; sieht der Arzt aber den Kranken nicht, und die Angehörigen wünschen den Transport, so darf sie diesen nur ausführen, wenn jene die Verantwortung für den Transport übernehmen. Widersetzen sich die Angehörigen der Beförderung des Kranken, so muss die Nurse den Grund der Weigerung zu erfahren und jene zu überreden suchen, wenn der Kranke nicht zu krank für den Transport ist. Lehnen die Angehörigen dennoch ab, so soll sich die Nurse, wenn möglich, hierüber ein Schriftstück ausstellen lassen. Sind in ihrer Liste mehrere Kranke zum Transport für denselben Wagen eingetragen, und hält sie es nicht für wünschenswerth, wegen des Alters oder der Stellung der Kranken alle auf einmal zu transportiren, so sind die dringendsten Fälle zuerst und dann die übrigen zu besorgen, und das Geschehniss in das Berichtsbuch einzutragen. Wird ein Kranker mit ansteckender Krankheit von einem General- oder Special-Hospital oder einem Hause zu seiner Wohnung gebracht und dort seine Aufnahme verweigert, so fährt der Kutscher zum nächsten Asylums Board Hospital, während die Nurse telephonisch weiteren Bescheid vom Centralamt erbittet. Ist daselbst kein verantwortlicher Beamter, so holt sie den Rath des Chefarztes betreffs weiterer Maassnahmen mit dem Patienten ein“.

### 6. Holland.

Die in Amsterdam Verunglückenden werden meistens in Räderbahren durch die Polizei nach dem Krankenhaus befördert, nachdem sie zuerst nach der nächsten Apotheke gebracht worden, von welcher aus die Polizei benachrichtigt wird.

### 7. Italien.

In einzelnen Städten Italiens besonders Toskanas besorgt die „Misericordia“ (Gesellschaft der barmherzigen Brüder), welche religiöse Zwecke verfolgt und mehr als 100 Jahre besteht, die Beförderung von Verunglückten in die Krankenhäuser. Auch bei Epidemien leistete sie hervorragende Dienste. Eine grosse Reihe anderer humanitärer und religiöser Körperschaften befasst sich sowohl in Rom als in anderen Städten Italiens mit der Erfüllung gleicher Aufgaben.

### 8. Oesterreich-Ungarn.

Wie schon mehrfach erwähnt, ist in Oesterreich-Ungarn das Krankentransportwesen vortrefflich organisirt, und zwar in einigen Städten

von den Behörden, welche die Beförderung der ansteckenden Kranken unter eigene Verwaltung und Leitung genommen haben. In zahlreichen Orten des Landes, auch einzelnen solchen, wo ein behördlicher Krankentransport eingerichtet ist, bestehen freiwillige Rettungsgesellschaften, welche die Beförderung der Verunglückten und Verletzten besorgen.

In Wien war das Krankentransportwesen schon in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts so geregelt, dass in jedem Stadtbezirke Krankenträger den Polizeicommissariaten zur Verfügung gestellt wurden, welche mittelst Sänften, Tragbetten (s. S. 375) oder Tragsesseln die Kranken in die Krankenhäuser beförderten. In den 60er Jahren wurden auch Fahrbahren zum Gebrauch eingestellt. Mit Einführung der Anzeigepflicht gegen Ende der 70er Jahre ergab sich die Nothwendigkeit besonderer Beförderungsmittel für ansteckende Kranke, für welche mit Zinkblech ausgekleidete, bespannte Wagen hergestellt wurden. Diese Wagen waren als Coupéwagen eingerichtet oder mit aufgehängten Tragbetten ausgerüstet und in besonderen Depots in jedem Bezirk eingestellt, wobei Kutscher und Pferde von einem Unternehmer bereit zu stellen waren. Durch diese Einrichtung ging viel Zeit verloren, um einen Krankentransport zu bestellen, indem das Polzeikommissariat, bei welchem der Transport bestellt wurde, telegraphisch die Krankenträger im Depot verständigte, welche die Bespannung herbeirufen mussten. Da die Coupéwagen den Transport der Kranken nur in sitzender Haltung oder bei Kindern auf den Armen des Krankenträgers ermöglichten, in den anderen Wagen aber abgesehen von dem Tragbette auch Sitze vorhanden waren, sodass in ihnen der Transport sowohl liegend als sitzend möglich war, blieben für den Transport der ansteckenden Kranken hauptsächlich die Wagen mit den hängenden Tragen in Verwendung. Die Wagen glichen der Beschreibung nach vollkommen denen, welche später von der freiwilligen Rettungsgesellschaft benutzt wurden. Die Trage, auf welcher der Kranke liegt, besteht aus Zinkblech, hat verstellbaren Kopftheil, verschiebbare Tragstangen. Kinder werden mit einem Theil ihres aus der Wohnung entnommenen Bettzeuges transportirt. Für Erwachsene werden bei kühler Witterung Bettdecken mitgeführt, welche nach jedem Transport desinficirt werden. Vom Jahre 1892 an ergab sich für die Stadt durch die Eingemeindung einer Anzahl von Vororten in das Gemeindegebiet von Wien und durch bauliche Umgestaltungen die Nothwendigkeit einer Neugestaltung des Krankentransportwesens. Besonders wurde die Räderbahre abgeschafft, und versucht, den gesammten Krankentransportdienst zu centralisiren. Vorläufig ist diese Absicht noch nicht vollendet, welche darin gipfelt, für ganz Wien 5 Centralstellen zu errichten, welche „Sanitätsstationen“ heissen, den Transport von ansteckenden und anderen Kranken aus den bestimmten Bezirken und auch die Dampfdesinfection für diese besorgen. Die Wagen und ihr beweglicher Inhalt werden nach jedem Transport in der Station desinficirt, in welcher für den Krankentransport und die Desinfection verschiedene Gebäude und Mannschaften auf einem Raume dienen. Vorläufig ist nur die Sanitätsstation im

XX. Bezirk Gerhardusgasse wie geschildert eingerichtet. 14 Krankenträger, 7 Kutscher, 2 Sanitätsaufseher, 1 Desinfectionsdiener sind im Dienste. Für ansteckende Kranke sind 7, für gewöhnliche Kranke 4 Wagen, im Ganzen 31 Wagen für Infectionskranke und 9 Ambulanzwagen in den einzelnen Stationen vorhanden, welche aber noch mit dem Bau der anderen Stationen vermehrt werden sollen. Der Kranke wird in den Wagen von der Seite oder von hinten eingebracht, die Krankentragen hängen an Gurten oder ruhen auf Federn. Die Wagen werden nur für Einzeltransporte benutzt. In der Station Gerhardusstrasse sind bereits 14 Pferde eingestellt.

Die Rückseite ist zu beachten. Das Ueberflüssige ist zu streichen.

**Spitalszettel**

für die Ueberführung von Kranken in ein Wiener Krankenhaus mittelst der städtischen Krankenwagen.

(Für den Transport von Infectionskranken dürfen andere als communale Infectionswagen nicht benutzt werden.)

| | | |
|---|---|---|
| Name, Alter, Beschäftigung, Stand, Religion, Geburtsort, Zuständigkeit, Wohnung des/der Kranken. | ........ Jahre alt ........<br>verheirathet (ledig, verw.) katholisch (evang. mosaisch)<br>........ Bezirk ........<br>Gasse, Strasse / Platz ........ No. ........ Stiege ........ Stock<br>Thür ........ | |
| Deutsche Bezeichnung der bestimmt anzugebenden Krankheit und Angabe, ob dieselbe eine anzeigepflichtige Infectionskrankkrankheit ist. | | Ist eine anzeigepflichtige Infectionskrankheit?<br>Ja. — Nein. |
| Bei fieberhaftem Zustande ohne bestimmte Diagnose mit Verdacht auf eine Infectionskrankheit ist diese anzugeben. | Fieberhafter Zustand ohne bestimmte Diagnose. Verdacht auf ........ | |
| Sachliche Begründung der Spitalsbedürftigkeit (Unabweisbarkeit) | | |
| Begründung der sofortigen unaufschiebbaren Spitals-Ueberführung | | |

Wien, den ........ 19........

Die Aufnahme in das ........ Krankenhaus wurde sicher gestellt.

Wien, den ........ 19........

........

pr. Arzt.

K. k. Polizei-Commissariat.

Rückseite.

Belehrung für die Partei.

---

Der vom behandelnden Arzte ausgefertigte Spitalszettel ist von der Partei (unter Mitnahme der die Zuständigkeit und die Zahlungspflicht nachweisenden Documente) auf dem zuständigen Polizei-Commissariate, bei unaufschiebbaren Ueberführungen auf der nächsten k. k. Sicherheits-Wachstube vorzuweisen und nach Sicherstellung des Bettes nebst der am Polizei-Commissariate erhaltenen Spitalsanweisung in der Krankenwohnung für den städtischen Sanitätsdiener bereit zu halten.

Bei der Sicherstellung der Spitalsaufnahme von der Sicherheits-Wachstube aus sind die die Zahlungspflicht und Zuständigkeit nachweisenden Documente den Sanitätsdienern zu übergehen.

Bei Transporten von Infectionskranken darf der Verkehr mit der Polizeibehörde nur von Personen besorgt werden, die mit $\frac{\text{dem}}{\text{der}}$ Kranken nicht in Berührung gekommen sind.

Der hier abgedruckte Spitalszettel wird vom behandelnden Arzte ausgefüllt, auf das Polzeicommissariat oder in dringenden Fällen in entfernt gelegenen Bezirkstheilen auf die nächste Sicherheitswachtstube gebracht, welche dann das Commissariat telegraphisch verständigt. Letzteres fragt im Spital nach dem Bett an und veranlasst telephonisch bei der Station die Ausführung des Transportes. Die Sanitätsdiener verständigen von jeder Beförderung eines ansteckenden Kranken den zuständigen Bezirksarzt, welcher schleunige Wohnungsdesinfection veranlasst. Im Jahre 1899 wurden durch die Sanitätsstationen und Depots 3052 Transporte ansteckender und 10320 Transporte anderer Kranker ausgeführt. Von Januar bis November 1900 betrugen die Zahlen 10071 beziehungsweise 2301.

Neben diesem behördlicherseits geordneten Krankentransportwesen ist noch der vorzüglich eingerichtete Krankentransportdienst der Wiener Freiwilligen Rettungsgesellschaft zu nennen, für welchen folgende Vorschriften erlassen sind, welche zum Vergleich mit den Verhältnissen bei anderen Gesellschaften hier abgedruckt werden sollen. Ausserdem sind noch private Krankentransportunternehmer vorhanden.

---

Dienstes-Vorschriften der Wiener Freiwilligen Rettungsgesellschaft für den Kranken-Transportdienst (1900).

Auf Grund des II. Abschnittes, § 2 lit. c, der durch die k. k. niederösterreichische Statthalterei bescheinigten Statuten ist die Gesellschaft ausschliesslich nur zu Transporten von Kranken und Verletzten bei plötzlichen Unglücksfällen auf den Gassen, Strassen, in öffentlichen Gebäuden und Anstalten, sowie bei Katastrophen aller Art verpflichtet.

Somit ist jeder andere Krankentransport als statutenwidrig abzulehnen.

Den Statuten entsprechende Kranken-Transporte sind:

Alle im Bereiche der ersten Hülfe liegenden Krankentransporte.

Ferner können nachfolgende Kranken-Transporte zur Durchführung gelangen:

Von der k. k. Polizeibehörde und den Herren praktischen Aerzten angesuchte Kranken-Transporte nur in eine Heilanstalt und nur dann, wenn ein unaufschiebbarer lebensrettender operativer Eingriff dringend nöthig erscheint, welch' letzterer ebenso wie die Transportfähigkeit des Patienten ärztlich bescheinigt sein muss.

Von den Directionen der öffentlichen Krankenanstalten angesuchte Kranken-Transporte in diese selbst oder die Transferirung in eine andere Krankenanstalt.

Der Transport von Geisteskranken nach den bestehenden speciellen Vorschriften.

Für den Fall der Activirung eines Epidemiedienstes die Transporte von Epidemiekranken für die Krankenhäuser und für Private in den eigens für diesen Zweck bereit gehaltenen, gänzlich isolirten Kranken-Transportwagen und von einem besonders hiefür bestimmten Sanitätspersonale.

Alle diese Krankentransporte nur im Polizei-Rayon von Wien und mit Ausnahme des Punktes 1 nur dann, wenn ein ärztliches Parere über die Transportfähigkeit (im Punkt 3 ausdrückliche Betonung der unaufschiebbaren lebensrettenden Operation im Parere) vorliegt.

Unter allen Umständen abzuweisen sind:

Alle Transporte von Kindern unter zwölf Jahren (mit Ausnahme derjenigen Fälle, wo gleichzeitig erste Hülfe geleistet wird).

Alle Transporte von Kranken, die mit Infectionskrankheiten behaftet sind (unter normalen Sanitätsverhältnissen).

Alle Transporte, wo kein ärztliches Parere vorliegt (mit Ausnahme der ersten Hülfe).

In allen diesen Fällen ist der um einen solchen Kranken-Transport ansuchenden Partei die nachfolgende Auskunft zu geben.

„Die Wiener Freiwillige Rettungs-Gesellschaft führt ihren Statuten gemäss keine in die Privatpflege fallende Kranken-Transporte aus; zu solchem Zwecke existiren in Wien private Kranken-Transport-Unternehmungen für Bemittelte, und für Unbemittelte die städtischen Sanitäts-Transportmittel, welche am jeweiligen Bezirksamte des Wohnortes der zu transportirenden Person requirirbar sind. Ebendort befinden sich auch die Wagen zum Transporte Infectionskranker".

Das ärztliche Parere für die Ausführung eines Kranken-Transportes muss die nachfolgenden Punkte enthalten:

1. Vor- und Zunahme und Wohnort des zu Transportirenden.
2. Art der Erkrankung.
3. Transportfähigkeit des Patienten.
4. Ausdrückliche Angabe, dass es sich um keine Infectionskrankheit handelt.
5. Genaue Angabe des Ortes, wohin der Patient zu transportiren ist.
6. Angabe des Tages und der beiläufigen Stunde, um welche die Ausführung des Transportes gewünscht wird.
7. Angabe, ob der Patient in gestreckter Lage oder in sitzender Stellung transportabel ist.

Mit Ausnahme der „Erste Hülfe"-Transporte und solcher, welche dringendst geboten erscheinen, ist die Gesellschaft nicht in der Lage, sich in Bezug auf die Zeit der Ausführung an eine bestimmte Stunde zu binden, und sind derlei Transporte, je nachdem es der Dienst zulässt, ausführen zu lassen.

In zweifelhaften Fällen und in besonderen Ausnahmsfällen, welche dem die Führung habenden Herrn Arzte einer besonderen Berücksichtigung werth erscheinen, ist die ansuchende Partei anzuweisen, sich mündlich oder schriftlich an den Chefarzt und Leiter zu wenden.

In sehr dringenden solchen Fällen kann sich der die Führung habende Arzt mit dem Chefarzte und Leiter auf kurzem Wege in Verbindung setzen.

Bei Kranken-Transporten in Spitäler (specielle Abtheilungen) und in Privat-Kranken-Anstalten ist ausser dem ärztlichen Parere von der um den Transport ansuchenden Partei auch die gesicherte Aufnahme des Patienten in der betreffenden Anstalt schriftlich beizubringen.

Hinsichtlich des Transportdienstes werden im Allgemeinen die nachfolgenden Vorschriften festgesetzt:

1. Es ist den Sanitätsdienern, welche Kranken-Transporte was immer für einer Art begleiten, strengstens untersagt, während oder nach den Transporten bei Wirths- oder Kaffeehäusern „Halt" zu machen.

2. Es ist bei der Ausführung von Kranken-Transporten jeder Art mit der Zeit möglichst zu sparen und nie länger am betreffenden Orte zu verweilen, als es unbedingt nöthig ist.

3. Bei jedem Transporte in Spitäler ist dem Sanitätsdiener, welcher den Transport begleitet, ein vom Arzte ausgefüllter Meldezettel mitzugeben, worin alle besonders wichtigen Einzelheiten über den zu Transportirenden in Kürze einzutragen sind.

4. Mit jedem Kranken oder Verletzten muss bei der Ankunft im Spitale stets vor der Aufnahmskanzloi des Spitales „Halt" gemacht werden, dann das ärztliche Zeugniss und der Meldezettel in der Kanzlei präsentirt und der dort aufgenommene Kranke ordnungsgemäss mit seinen Effecten übergeben werden.

5. Die Effecten des Patienten sind nur gegen Empfangsbestätigung zu übergeben.

6. Die Abtheilung, in welche der in ein Spital gebrachte Kranke aufgenommen wurde, ist zu notiren und bei der Rückkehr im Journal-Zimmer zu melden. Ebendort ist auch eine eventuell erhaltene Effecten-Bestätigung abzugeben.

7. Jeder vorgemerkte Kranken-Transport ist im Kranken-Transport-Vormerkbuche, welches in Juxtenform angefertigt ist, in duplo genau einzutragen und die Juxta sammt ärztlichem Parere und eventueller Aufnahmszusage in dem hiefür bestimmten Orte zu affichiren. Auch im Journalbuche ist die Vormerkung eines Kranken-Transportes pünktlichst einzuschreiben und derselbe stets dem nachfolgenden Führer zu übergeben.

8. Telegraphisch angesuchte Kranken-Transporte, insbesondere von Bahnhöfen, welche statutenwidrig oder ungenau sind, sind gleichfalls auf telegraphischem Wege an die ansuchende Partei selbst abzulehnen.

Ist wegen baldiger Ankunft des Zuges hiezu keine Zeit mehr, so ist die Polizei-Inspection des betreffenden Bahnhofes von der Ankunft des Patienten zu verständigen und dieselbe zu ersuchen, die Partei aufzuklären, dass die Wiener Freiwillige Rettungs-Gesellschaft keine privaten Kranken-Transporte ausführt, im Bedarfsfalle aber die Sanitäts-Station zu rufen.

Alle Kranken oder Verletzten, welchen von Seiten der Gesellschaft die erste Hülfe geleistet wird, sind in das dem Unfallsorte zunächst gelegene Spital zu überführen, es sei denn, dass die Kranken selbst oder deren Angehörige, endlich auch ein vor unserer Ankunft anwesender Arzt das Ansuchen für ein bestimmtes Hospital oder für den Transport in die Wohnung stellen.

Bezüglich des Verkehrs der Wiener Freiwilligen Rettungs-Gesellschaft in den Aufnahms-Kanzleien der Krankenhäuser hat die hohe k. k. Statthalterei mit Erlass vom 31. Mai 1886, Z. 27651, Nachstehendes eröffnet:

„Die Functionäre der Freiwilligen Rettungs-Gesellschaft haben in den Fällen, wo ihre Wirksamkeit sie mit den in den hiesigen Krankenanstalten angestellten Aerzten, Beamten und Dienern zusammenführt, was dann geschieht, wenn von den Funktionären der Gesellschaft ein Verunglückter in eine k. k. Krankenanstalt über-

bracht wird, umsomehr Anspruch auf freundliche Begegnung, als die Wirksamkeit der Freiwilligen Rettungs-Gesellschaft, wie die dienstliche Aufgabe aller Angestellten der Krankenanstalten den gleichen Zweck, nämlich die Gewährung möglichster Hilfe für Kranke und Verletzte zum Gegenstand hat.

„Selbstverständlich kann von dem Grundsatze, dass alle Kranken oder Verletzten, für welche die Aufnahme in eine Wiener Krankenanstalt angesucht wird, zuerst in die Aufnahmskanzlei zu bringen sind, auch bei den durch die Freiwillige Rettungs-Gesellschaft dahin überbrachten Verunglückten keine Ausnahme gemacht werden. Von dem Augenblicke an, in welchem ein Kranker oder Verletzter in die Aufnahmskanzlei des k. k. Krankenhauses überbracht ist, falls derselbe zur Aufnahme in den Krankenstand überhaupt geeignet ist, ist die Function der Freiwilligen Rettungs-Gesellschaft zu Ende und hat daher die Uebertragung des Kranken oder Verletzten in das betreffende Krankenzimmer nicht durch die Organe der Rettungs-Gesellschaft, sondern durch jene des Krankenhauses zu erfolgen“.

9. Zufolge eines Uebereinkommens mit dem Alpinen Rettungs-Ausschusse ist die Central-Sanitäts-Station der Wiener Freiwilligen Rettungs-Gesellschaft die Central-Meldungsstelle für eventuelle in den Bergen vorkommende Unglücksfälle, und übernimmt dieselbe den Transport eventuell in den Bergen verunglückter Personen von den Bahnhöfen.

Etwa einlaufende diesfällige Meldungen sind daher sogleich auf schnellstem Wege an den Obmann des Alpinen Rettungs-Ausschusses, dessen genaue Adresse stets in der Sanitäts-Station affichirt ist, weiterzugeben.

Die Transporte von Irrsinnigen sind durch besondere Vorschriften geregelt.

Die Gesellschaft hat seit ihrem Bestehen vom 9. December 1881 bis Ende 1900 70444 Krankentransporte ausgeführt.

Für die Vororte Wiens ist noch eine freiwillige Organisation für die Krankenbeförderung zu erwähnen, welche der Zweigverein Wiener Neustadt des „Rothen Kreuzes“ eingerichtet hat, bei welcher der Krankentransport gleichfalls nach bestimmten Grundsätzen erfolgt. Der Plan derselben wird beim „Rettungswesen“ ausführlich dargelegt werden.

In Budapest besorgt den Transport der ansteckenden Kranken die Behörde und zwar die „hauptstädtische Central-Desinfectionsanstalt“ mit ihrem Personal, Krankenwagen und Pferden nach einem Normativ, dessen wichtigste Paragraphen folgende sind.

§ 1. In das Bereich der Central-Desinfections-Anstalt gehört der Transport von an folgenden Infections-Krankheiten leidenden Kranken:

1. Cholera asiatica, 2. Typhus abdom., Febris recurrens, Typhus exanthem., 3. Variola, Variolois, 4. Scarlatina, 5. Diphtheritis, Croup, 6. Febris puerperalis, 7. Anthrax, 8. Malleus, 9. Lyssa, 10. Dysenteria, 11. Morbilli, 12. Tussis convulsiva, 13. Varicella, 14. Erysipelas, 15. Parotitis epidemica, 16. Meningitis cerebro-spinalis epidemica.

§ 2. Die Anordnung des Transportes von Infections-Kranken gehört zur Competenz der Bezirks-Vorstände, resp. ihrer Physikuse und Bezirks-Aerzte.

Den Transport Infections-Kranker können einzelne Spitäler bitten, wenn zwischen ihren Kranken ein Infections-Fall vorkommt, weshalb im Interesse der Absonderung

von den übrigen Kranken der Transport in ein für die Aufnahme von Infectionskranken berechtigtes Spital nöthig wird.

Die Uebersiedelung eines Infections-Kranken aus einer Privatwohnung in eine andere (Uebersiedelung, Wohnungs-Wechsel) können auch die interessirten Angehörigen bitten, müssen aber in diesem Falle von den Bezirks-Vorständen, wohin derjenige infolge seiner jetzigen, wie auch künftigen Wohnung gehört, eine schriftliche Transport-Erlaubniss verlangen, und diese dem Central-Desinfections-Institut vorlegen.

In Fällen, die keinen Aufschub dulden, ist es dennoch erlaubt, die schriftliche Erlaubniss nachträglich vorzulegen.

Der Transport acuter Infections-Kranker aus Privat-Wohnungen in Spitäler kann auch jeder für Praxis berechtigter Arzt von der Central-Desinfections-Anstalt verlangen.

Wenn die Angehörigen des Kranken gegen den Transport protestiren, so kann die Central-Desinfections-Anstalt den Transport nicht vornehmen, sondern sie ist verpflichtet, dem competenten Bezirks-Vorstand sofort die Meldung zu erstatten. In ihrem Bereiche hat die Central-Desinfections-Anstalt nicht das Recht den Kranken mit Gewalt wegführen zu lassen.

§ 3. Die Gesuche um das Vornehmen des Transportes acuter Infections-Kranken sind schriftlich oder per Telephon an die Direction der Central-Desinfections-Anstalt zu richten. Aber wenn auch das Ersuchen per Telephon geschehen ist, ist es dennoch nothwendig, dass das schriftliche Ersuchen nachträglich der Direction zugesendet werde.

Der Transport der Kranken ist nach dem Ersuchen wo möglich sofort vorzunehmen, aber am spätesten in 6 Stunden nach dem Ersuchen. Transporte dringender Natur sind aber ausser der Tour zu erledigen, weshalb genügende Personale und Wagen ständig in Bereitschaft zu halten sind.

§ 4. Der Wagen, auf welchem der Kranke tranportirt wurde, wie auch die Desinficirenden, die den Transport vorgenommen haben, sind nach ihrer Rückkehr in die Anstalt den Verordnuugen gemäss sofort zu desinficiren.

§ 5. Um die Infection der Kranken durch andere Krankheiten zu verhindern, sind die diversen Infections-Fälle auf besonderen Wagen zu führen. Demgemäss besitzt die Anstalt in genügender Zahl Kranken-Transport-Wagen, welche von einander durch Buchstaben unterschieden werden".

Die Krankenwagen werden nach dem Transport mit 1 prom. Sublimatlösung gewaschen, das Personal reinigt und desinficirt sich durch Bäder und mit Sublimat, die Kleider werden durch strömenden Dampf desinficirt. Die Krankenwagen haben im Innern Eisenblechbelag, ebenso sind die Tragen mit Blechüberzug versehen. 13 der Wagen haben Omnibus-, 2 Fiakerform. Letztere haben keine Tragen. Die Wagen zur Beförderung von Kleidern und Geräthschaften der Kranken sind gross, innen aus hartem Holz hergestellt. Die Beförderung von ansteckenden Kranken in öffentlichen Fuhrwerken ist verboten. Die Wagen und Pferde sind in eigenen Remisen und Stallungen untergebracht. Der Transport erfolgt stets kostenlos. Die Anstalt wird von der Stadt unterhalten, erhält aber die Hälfte ihrer Auslagen vom „Landeskrankenverpflegsfond" durch die Regierung vergütet. Das hauptstädtische Oberphysikat überwacht das Krankentransportwesen.

Ausserdem besorgt die Budapester Freiwillige Rettungsgesellschaft

Krankentransporte hauptsächlich Verunglückter, aber niemals von ansteckenden Kranken.

Sie besitzt 14 verschiedene Wagen, von welchen 6 als Rettungswagen — mit Trage, Rerservebahre und Verbandmitteln — dienen. Die Trage ist schwebend angebracht. Sind 2 Verunglückte zu transportiren, so kann auch der zweite Verletzte bequem im Inneren des Wagens untergebracht werden. Ein ähnlicher, jedoch offener Wagen gelangt nur im Sommer oder bei Massenunfällen zur Verwendung. Ferner sind 2 Landauer vorhanden, einer mit seitlicher, der andere mit hinterer Einladung. Vorrichtungen, um im Nothfalle auch gewöhnliche Landauer in einfacher Weise zu zweckmässigen Transportmitteln zu gestalten, sind bereitgestellt. Ein Coupé ist zum Transport von Geisteskranken eingerichtet, und zwar nach dem Muster des Wiener Modells, welches ich an dieser Stelle beschreibe. Dasselbe hat keine Fenster, ist innen mit Kautschuck gepolstert und erhält durch seitwärts ganz oben angebrachte, vergitterte Oeffnungen Licht. Es hat rückwärts eine Thür, welche von innen nicht geöffnet werden kann, und im Inneren zwei Sitzplätze. Mittelst zweier Glocken kann der Begleiter den Kutscher oder Diener auf dem Bock benachrichtigen. Allerdings ist man in Wien und zwar aus vollkommen richtigen Gründen von der Benutzung des Wagens abgekommen, da es viel besser erscheint, Geisteskranke in nicht auffälligen Wagen zu befördern. Sämmtliche Wagen sind im Winter geheizt. Nach jedem Transport wird jeder Wagen desinficirt. Ferner sind zweirädrige Handwagen, ein Omnibus (für Massenunfälle), 74 Tragbahren und 4 Federsessel vorhanden.

Die in noch anderen Städten bestehenden freiwilligen Rettungsgesellschaften (siehe später) besorgen die Beförderung der Verunglückten und Kranken.

## 9. Russland.

Die Freiwillige Rettungsgesellschaft in Lodz, welche über eine Anzahl von Krankenwagen nach Wiener System verfügt, hat hier die Beförderung der Verunglückten geordnet. Zu jedem gemeldeten Unfall fährt ein Arzt heraus und befördert den Verunglückten nach der Sanitätsstation, dessen Wohnung oder nach dem Krankenhause.

In Warschau besteht seit 1896 eine freiwillige Rettungsgesellschaft, welche über Krankentransportwagen nach Wiener Modell verfügt. Verunglückte wurden früher nach einem Polizeibureau in einer Droschke geschafft, später wurden sie direct nach dem Krankenhause gebracht, jedoch wurde oft der Kranke „abgewiesen und musste eine Rundreise durch die Stadt antreten. Häufig wurde in solchen Fällen eine Leiche ins Spital gebracht“. Zur Zeit der Cholera 1894 erhielt Warschau den ersten Krankenwagen für ansteckende Kranke, und von dieser Zeit an wurden Personen mit ansteckenden Krankheiten nicht mehr in Droschken befördert, aber noch Verunglückte. Tragbahren waren im Kranken-

hause vorhanden und wurden gegen Entgelt verliehen. Die Gesellschaft verfügt über 5 Wagen, 3 zur Beförderung von Verunglückten, einen für ansteckende Kranke, innen mit Blech ausgeschlagen und einen, welcher gegen Bezahlung Transporte besorgt. Die Wagen sind von hinten zu beladen und von beiden Seiten zu öffnen. Erforderlichenfalls können zwei Kranke mit einem solchen Wagen befördert werden. Aussen haben die Wagen gute Federn und Gummibelag an den Rädern, innen sind Gefässe mit desinficirenden Lösungen, an der Wagendecke eine Tragbahre mit Verbandtasche vorgesehen. Der Raum für die Verbandtasche enthält ferner Sprungtücher, Zwangsjacken und vollständige Ausrüstung mit Gegenständen, die bei der Beförderung von Neugeborenen nothwendig sind. Im Jahre 1900 wurden 2186 Patienten befördert, und zwar ausser Verunglückten 227 auf Bestellung.

### 10. Schweden und Norwegen.

In Stockholm sorgt das zuständige Polizeiamt für die Beförderung der Kranken.

Die Polizei in Christiania verfügt über 2 Patrouillenwagen (New Yorker System), welche durch Aufstellung der im Wagen angebrachten Ständer, zwischen welchen eine durch besonderes Federsystem gegen Stoss geschützte Tragbahre aufgehängt wird, zur Krankenbeförderung eingerichtet werden können. Diese Wagen wurden am 13. November 1899 in Gebrauch genommen und waren bis Schluss des Jahres in 5 Fällen benutzt worden. Die Wagen können durch ein Zeichen vermittelst der in jedem Patrouillendistrict angebrachten 20 Signalkasten und ausserhalb dieser Districte durch die gewöhnlichen Fernsprecher angerufen werden. Die städtischen Krankenanstalten verfügen über 9 Krankenwagen, 3 für gewöhnliche und 6 für ansteckende Kranke. Sie sind für die Beförderung in sitzender und liegender Stellung eingerichtet. Diese Wagen werden auf Ersuchen vom Krankenhaus ausgesendet. Auch das staatliche Reichshospital und die privaten „Diakonjhemmet“ und „Diakonissehuset“ besitzen Krankenwagen zur Abholung von Kranken. Die 1896 gegründete „Norske Koinders Sanitetsforening“, welche Sanitätsmaterial zum Gebrauch im Kriege und bei Unfällen im Frieden zu beschaffen, sowie Frauen über die erste Hülfe bei Unfällen zu belehren hat, hat einen privaten Krankenwagen, welcher auch ausgeliehen wird. In den 12 Polzeistationen der Stadt befinden sich Tragbahren für die Krankenbeförderung.

### 11. Schweiz.

Der Schweizerische Samariterbund sorgt in vielen Städten für die Beförderung von Verunglückten und Kranken. An zahlreichen Stellen des Hochgebirges sind Transportmittel vorhanden, und besonders hat die Alpine Rettungsgesellschaft durch Errichtung von Stationen die Organisation des Transportwesens für Verunglückte gefördert.

### 12. Serbien.

Für die Beförderung von Verunglückten bestehen keine gesetzlichen Bestimmungen. Für den Transport von ansteckenden Kranken bestimmt § 3 Absatz 2 Art. 20 des Sanitätsgesetzes: „Jeder Kreis- oder Bezirksarzt hat die Pflicht, zu sorgen, dass die Kranken, die an einer ansteckenden Krankheit erkrankt sind, in eine gesonderte Abtheilung des Krankenhauses gebracht werden.“ Ferner gewährt die Gemeinde der Hauptstadt Transportmittel durch besondere Krankenwagen für Personen, welche verunglückt oder plötzlich erkrankt sind.

### 13. Türkei.

In einzelnen Polizeiwachen von Constantinopel sind Tragbahren vorhanden, welche zum Transport von Kranken ins Hospital dienen.

## III. Von aussereuropäischen Ländern

sind besonders die englischen Colonien zu nennen, in welchen durch die Zweigeinrichtungen der St. John Ambulance Association Fürsorge für die Beförderung Kranker und Verunglückter getroffen ist. In ausgedehntem Masse ist ferner in Nordamerika für das Krankentransportwesen Sorge getragen.

### 1. Bolivia.

Krankentragen sind im Polizeigebäude in Cochabamba in Bereitschaft.

### 2. Brasilien.

Die Stadt Bahia besitzt Sänften mit einem Sitzplatz für Kranke.

In Rio de Janeiro sind Wagen für die Beförderung von ansteckenden Kranken.

### 3. Britisch Guaiana.

Am Küstenlande sind fast ausschliesslich Zuckerrohrpflanzungen, welche in einzelne Plantagen eingetheilt sind. Jede dieser beschäftigt ostindische Arbeiter und ist verpflichtetet, ein eigenes Hospital zu unterhalten, welches von einem Heilgehilfen beaufsichtigt wird. Je 3 oder 4 dieser Anstalten unterstehen der Obhut eines Arztes, welcher dieselben täglich besucht. Die einzelnen Krankenanstalten sind nur 3 oder 4 englische Meilen von einander entfernt, sodass, wenn Jemand auf der Landstrasse erkrankt, er von der Polizei dorthin befördert wird, welche auch alle 3—4 Meilen eine Station besitzt. Als Tragbahren dienen meistens 2 mit Segeltuch bespannte Bambusstäbe.

### 4. Canada.

In den grösseren Orten sind zahlreiche Krankenhäuser mit einem gut eingerichteten Ambulanzdienst versehen.

### 5. China.

In Hongkong hat jede Polizeistation Krankenwagen zur Beförderung Verunglückter und Kranker, welche auch bei Sportwettkämpfen in Bereitschaft stehen. Im eigentlichen China sind keine besonderen Vorkehrungen für Beförderung von Kranken vorhanden.

### 6. Japan.

Seit alten Zeiten benutzt man hier „Kago“ zur Beförderung von Kranken, d. h. Sänften, welche an Stäben hängend von 2 Trägern auf den Schultern getragen werden. Für Reisende wurde „Sinrikisha“ (zweirädriger Menschenkraftwagen, welcher an einer Deichsel von Menschen fortbewegt wurde) vor Einführung der Eisenbahnen benutzt. Für Reisen wird Kago jetzt gar nicht mehr verwendet. Das Geräth hat eine Länge von 4 Fuss, Breite von 3 Fuss und Höhe von 1 Meter. Die Wände bestehen aus Holz und Bambus. Beide Seitenwände haben Fenster und können herausgezogen werden, um das Einsteigen zu erleichtern. Auf dem Boden liegen gewöhnlich weiche Decken, eine Lehne und Armstützen sind vorhanden. Die Decke des Raumes ist wasserdicht, aussen ist sie mit 2 eisernen Haltern versehen, durch welche eine Holzstange aus Kiribaum hindurchgesteckt wird. Die Enden der Stange werden von 2 Trägern auf den Schultern getragen. Aehnlich gebaut ist „Tsridai“ (Wagen mit Rädern), aber ohne Seitenwände und Decke. Dieses Geräth ist ein langer und schmaler Kasten, an den Enden befinden sich hervorstehende Stützen, an welchen Bambusstäbe befestigt sind, welche reifenförmig nach oben hervorragen. Oben wird durch diese eine Bambusstange durchgeführt, und über diese dann eine wollene Decke gebreitet, welche so das Innere des Geräths abschliesst. Die Kago und Tsridai werden jetzt besonders für die Beförderung von Schwerkranken gebraucht, während in Sinrikisha Gesunde oder Leichtkranke, welche sitzen können, transportirt werden. Ausserdem werden Tragen in Japan benutzt, welche seit etwa 25 Jahren aus Deutschland eingeführt sind. Die Beförderung von ansteckenden Kranken in dem öffentlichen Verkehr dienenden Beförderungsmitteln ist verboten.

### 7. Kapland.

In allen grösseren Plätzen des Landes sind mit Pferden bespannte Krankenwagen vorhanden, an kleineren Orten Tragbahren. In Kapstadt werden Verunglückte zum „Casualty Ward“ (Rettungswache) geschafft, nachdem ein Transportgeräth herbeigeholt ist.

### 8. Mexiko.

Die Einrichtungen sind noch nicht sehr zahlreich. In Guanajuato sind 6 Tragbahren zur Beförderung von Verwundeten vorhanden, deren unterer zur Aufnahme des Kranken benutzter Theil aus verzinktem Eisenblech besteht, während oben ein Schutzdach aus Segeltuch vorhanden

ist. Bei Verletzungen, welche häufig sind, ist stets erst ein Protokoll über den Thatbestand aufzunehmen. Die auf den Strassen aufgestellten Schutzleute rufen durch Weitergabe der betreffenden Meldung an die Polizeiwache die Trage herbei und besorgen die Ueberführung des Patienten ins Hospital. Von den in der Nähe der Stadt gelegenen Silberminen werden Verunglückte in das Krankenhaus der Grube befördert, wenn ein solches — wie bei einzelnen Gruben — vorhanden. Meistens werden Verletzte ins städtische Krankenhaus gebracht, zu welchem Zweck aus Stangen und Decken eine Tragbahre improvisirt wird.

### 9. New Fundland.

Die Polizei hat das Krankenbeförderungswesen eingerichtet. Es steht Jedem im Gebrauchsfalle zur Verfügung.

### 10. Vereinigte Staaten von Nordamerika.

In den meisten Staaten sind Transportmittel für die Kranken in den Hospitälern untergebracht. Ferner sind in zahlreichen Städten eigene „Emergency Hospitals" vorhanden.

In Detroit Mich. stehen in den privaten Hospitälern Krankenwagen für ansteckende Kranke. Ein besonderer Wagen ist für Pockenkranke vorgesehen.

Jedes Krankenhaus in San Francisco hat Krankenwagen für Verunglückte mit je 2 Kutschern. Ferner ist ein Emergency Hospital, Krankenhaus für Verunglückte, vorhanden.

Im Emergency Hospital zu Milwaukee Miss. stehen Transportgeräthschaften mit Tragen bereit. Die Krankentransportstation steht unter Aufsicht der Polizei und ist Tag und Nacht durch Fernsprecher von iedem Theil der Stadt erreichbar. Krankentransport und erste Hülfe im Hospital werden unentgeltlich gewährt. Der Krankentransportwagen bringt die Verletzten ins Krankenhaus, wo der Hausarzt anwesend ist. Im Nothfalle werden die consultirenden Aerzte des Hospitals herbeigerufen.

In St. Paul Minn. ist ein städtisches und 2 Privatkrankenhäuser mit Krankenwagen, welche auf Anruf mit einem Arzt ausfahren.

Die Kranken werden in Pittsburgh Penna. durch die Krankenwagen der verschiedenen Hospitäler oder durch einen Patrolwagen, welcher nach Erforderniss in einen Krankenwagen umgewandelt werden kann, befördert. Letzteres sind Polizeiwagen, welche ich in meinem Aufsatz „Krankentransportdienst" abgebildet habe. In den verschiedenen Stadtbezirken sind 8 Kranken- und 10 Patrolwagen zur Verfügung. Die in den letzteren beförderten Patienten werden von den Stadtärzten behandelt, deren stets einer Dienst hat.

Auch in Philadelphia geht der Krankentransport von den Krankenhäusern aus, welche auf Kosten der Stadt mit Krankenwagen ausgestattet sind. Die Wagen sind wie gewöhnliche Krankenwagen gebaut, aber es ist Rücksicht genommen auf Geräumigkeit, Bequemlichkeit,

ferner auf leichte Gangart und Verhütung von Erschütterungen für den Kranken, obgleich das Strassenpflaster der Stadt gut ist und glatte Oberfläche hat.

In einzelnen Staaten ist auch für Beförderung von Verunglückten auf den Eisenbahnen gesorgt, indem auf jeder Station Tragbahren aufgestellt sind.

### 11. Philippinen.

In Manila werden Verunglückte in die nächste Apotheke und von da mittelst Miethsfuhrwerks in ihre Wohnung oder in ein Krankenhaus übergeführt. Ist ein solches Fuhrwerk für den Transport ungeeignet, so wird der Krankenwagen des Krankenhauses herbeigerufen.

Ausserdem bestehen in vielen anderen Ländern Einrichtungen auf dem Gebiete des Krankentransportwesens, deren Anführung aber hier nicht erfolgte, weil sie nicht besonders Kennzeichnendes darbieten, und weil die einschlägigen Verhältnisse noch beim Rettungswesen zu besprechen sind. Bei einzelnen Orten und Ländern wurde auch bereits die Beförderung Verunglückter geschildert, weil sie von den Einrichtungen des gesammten öffentlichen Krankentransportwesens nicht zu trennen ist. Andere Länder wiederum weisen noch gar keine Organisation des Krankenbeförderungsdienstes auf. Hier ist es dem Zufall und dem guten Willen der Mitmenschen überlassen, den Kranken weiter zu helfen.

## IV. Allgemeine Einrichtung des Krankentransportdienstes und -wesens.

Nach den bisherigen Schilderungen wird jetzt zu erörtern sein, in welcher Weise ein Krankentransportdienst

### 1. in einer Stadt.

zu organisiren ist. Ich habe die in den einzelnen Städten und Ländern vorhandenen Einrichtungen dargelegt, um die Möglichkeit eines Vergleiches derselben unter einander zu geben. Es müssen aber dabei die in jeder Stadt und in jedem Lande vorhandenen natürlichen Einrichtungen und sonstigen Umstände berücksichtigt werden, da nur unter Würdigung aller Verhältnisse es möglich ist, ein richtiges Urtheil über die vorhandenen Maassnahmen zu gewinnen. Auch für dieses wichtige Gebiet sind nur allgemein gültige Grundsätze aufzustellen, und sonst individualisirend, nicht schematisch zu verfahren.

Die meisten erforderlichen Vorkehrungen habe ich bereits oben bei den einzelnen Transportarten dargelegt und auch in den von mir seit Jahren aufgestellten Leitsätzen stets aufrecht erhalten. Es sind daher diese auch hier als grundlegend anzusehen. Zunächst ist eine gesonderte Einrichtung für die Beförderung von Verunglückten, und von

innerlichen und ansteckenden Kranken nöthig. Für die Beförderung von erkrankten oder verunglückten Menschen in Städten sind mit Pferden bespannte Krankenwagen als das beste Mittel anzusehen. Ausnahmen dürfen hiervon nur Transporte auf ganz kurze Entfernungen bilden, wo Tragbahren zur Verwendung gelangen können. Räderbahren sollten in Städten überhaupt nicht gebraucht werden, obwohl sie in London z. B. noch in Anwendung sind. Die Wagen für Beförderung ansteckender und anderer innerlich Erkrankter sind so einzurichten, dass sie dem Kranken grösste Bequemlichkeit und Sicherheit und der Umgebung Sicherheit vor etwaiger Uebertragung bieten. Dies wird durch den Bau und die Einrichtung der Wagen — zur sicheren und bequemen Lagerung der Kranken mit der Möglichkeit leichter Desinfection — erreicht. Die Zahl der Krankenwagen muss eine genügend grosse sein. Wichtig ist, dass ein wohlgeübtes Krankentransportpersonal (Krankentransportkolonne) vorhanden ist, welches für jeden Transport zur Verfügung steht. Dieses hat für jeden Transport reine waschbare Kleider anzulegen, welche nach dem Transport ausgezogen und desinficirt werden. Die Träger haben nach jedem Transport eines ansteckenden Kranken zu baden, mindestens — falls das nicht ausführbar — täglich ein Mal. Bei jedem Transport muss wenigstens ein Begleiter oder Begleiterin innen im Wagen vorhanden sein, welcher mit Kenntnissen in der ersten Hülfe und im Krankentransportdienst ausgerüstet ist. Erforderliche Erfrischungs- und Verbandmittel, Wärmflasche, Eisbeutel dürfen nicht fehlen. Die Transporte besonders der ansteckenden Kranken müssen kostenlos ausgeführt werden. Aus diesem Grunde schon empfiehlt es sich, dass das Krankentransportwesen, wie es ja auch in den meisten Städten der Fall ist, auf Kosten der Behörden eingerichtet, erhalten und überwacht wird, sei es, dass diese Privatunternehmer mit der weiteren Ausführung betrauen und diese dann überwachen, oder, was besser ist, dass sie Wagen und Pferde oder wenigstens erstere selbst anschaffen und an bestimmten Orten einstellen. Auch wenn die Behörden einen eigenen Marstall und Fuhrpark mit Personal einrichten und auf eigene Kosten erhalten, können dennoch Privatfuhrunternehmungen für diesen Zweck bestehen, wie das Beispiel von Wien zeigt, wo ausserdem noch ein sehr grosser Theil der Krankentransporte von der Rettungsgesellschaft ausgeführt wird.

Am besten ist es, die Wagen in den Krankenhäusern oder Feuerwachen unterzubringen. Ist dies nach der Lage der Hospitäler in einer Stadt nicht zweckmässig, so empfiehlt sich die Anlegung besonderer Krankentransportstationen an verschiedenen Stellen der Stadt, in welchen Wagen und Pferde sowie Krankenträger stets vorhanden sind. Die Feuerwehren eignen sich, wie das Beispiel zahlreicher Deutscher Städte zeigt, in besonderem Maasse für eine Vereinigung mit dem Krankentransportdienst. Die Pferde sind möglichst an dem gleichen Orte wie die Wagen unterzubringen, da sonst mit der Herbeischaffung der letzteren im Bedarfsfalle zu viel Zeit verloren gehen kann, was beim Transporte von Verunglückten, sowie von Kranken, wo dringende Operationen er-

forderlich sind, nicht unbedenklich ist. Wo auch die Krankenwagen immer eingestellt werden, sei es in den Krankenhäusern, Feuerwachen, in besonderen behördlichen oder privaten Stationen (die Einrichtungen der Vereine vom Rothen Kreuz und der Samaritervereine sind besonders für die Krankenbeförderung zu benutzen), so sind stets die Wagen zur Beförderung von ansteckenden Kranken von denen für nicht ansteckende räumlich zu trennen. Die Wagen für ansteckende Kranke sollen auch nach erfolgter Desinfection nicht für nicht ansteckende Kranke oder Verletzte benutzt werden, schon aus dem Grunde, weil Kranke mit ihrer geschwächten Widerstandskraft leichter von anderen Krankheiten befallen werden. Die Desinfection der Krankentransportgeräthschaften hat in jedem Falle zu geschehen, wo ein ansteckender Kranker befördert, oder die Natur der betreffenden Erkrankung zweifelhaft ist. Nach jedem einzelnen Transport sind die beweglichen Ueberzüge oder Matratzen auf den Tragen durch reine zu ersetzen. Das Innere der Wagen wird nach den bestehenden, in den meisten Städten verschiedenen Regeln desinficirt.

Die Desinfection der Wagen findet am besten im Krankenhause, in welches der Kranke gebracht wird, oder in der Krankentransportstation statt. Die Beförderung von Kranken mit ansteckenden Krankheiten in öffentlichen Fuhrwerken ist zu verbieten. Die ansteckenden Krankheiten, für welche in den einzelnen Städten dieses Verbot besteht, sind verschiedene. Uebereinstimmend werden Pocken, Cholera, Pest genannt, ferner Diphtherie, Fleck- und Unterleibstyphus, Rückfallfieber, Masern, Scharlach, Wochenbettfieber, Rose, Genickstarre u. s. w. Ausserdem können aber auch andere Erkrankungen zu besonderer Transportart Anlass geben, sodass es am besten wäre, neben den hierfür namentlich zu nennenden Krankheiten noch zu bestimmen: „in allen anderen Fällen, wo der überweisende Arzt die Beförderung im besonderen Krankenwagen für erforderlich hält". Es scheint, dass in den einzelnen Ländern, und sogar in den einzelnen Städten Deutschlands, die Ansichten über diesen Punkt recht bedeutend auseinandergehen.

Droschken sollten nur zur Beförderung von ganz leicht Erkrankten oder Verletzten, die sitzen können, benutzt werden.

Um die Krankenwagen von den Krankenhäusern und von den Krankentransportstationen schnell erlangen zu können, sind alle Krankenhäuser, Stationen u. s. w. mit einer Centralstelle und auch den Fernsprechern der Polizei und Feuerwehr durch eigene Leitungen in Verbindung zu setzen, damit von diesen Stellen als den am meisten in Frage kommenden stets eine schnelle Herbeirufung der Wagen ermöglicht ist.

Auf diese Weise ist auch eine Grundlage für zweckmässige Beförderung Verunglückter und Verletzter und somit auch für die Einrichtung eines Rettungswesens gegeben, welche im nächsten Aufsatz zu erörtern ist.

Ganz anders sind die Bedingungen für die Einrichtung des Krankentransportdienstes

**2. in kleineren Städten und auf dem flachen Lande.**

In ersteren, wo auch ein Krankenhaus vorhanden, wird der Krankenwagen in diesem eingestellt, da er hier auch dazu dienen muss, um Kranke und Verunglückte von den Dörfern herbeizuschaffen. Natürlich ist hierfür die Entfernung massgebend, da unter Umständen bei dringlichen Fällen zu viel Zeit verstreicht, bis der Wagen nach der Stelle sich begiebt, wo der Patient sich befindet, und dann nach dem Krankenhause zurückkehrt. In solchem Falle geht weniger Zeit verloren, wenn der Kranke sofort mit irgend einem Transportmittel ins Krankenhaus gebracht wird. Es können hier die freiwilligen Organisationen der Vereine vom Rothen Kreuz, der freiwilligen Feuerwehren und Samaritervereine erspriessliche Dienste leisten, da sie über geeignetes Personal und Transportmittel verfügen. Der Krankentransport auf dem Lande ist vielfach noch ein sehr ungenügender. Meistens werden die Kranken auf gewöhnlichen Landwagen, welche mit Stroh oder Betten versehen werden, in das nächstgelegene Krankenhaus geschafft, und noch schlimmer ist der Transport für einen Verunglückten, welcher mitten auf dem Felde einen Unfall erleidet und nun zum nächsten Arzt oder in seine Behausung gebracht werden soll. Der Betreffende ist auf einem solchen Wagen den Unbilden der Witterung, heisser Sonne oder Schnee- und Regenwetter ausgesetzt und erleidet, wenn der Transport wegen der weiten Entfernung längere Zeit in Anspruch nimmt, erheblichen Schaden. Auch für diese Verhältnisse habe ich vor einigen Jahren in „Der Samariter“ Vorschläge gemacht, welche leicht zu verwirklichen sind. Es kann auf jedem Dorfe ein bestimmter Wagen mit der von mir angegebenen Transportvorrichtung bereit stehen, welcher bei einer Erkrankung oder Unglücksfall herbeigeholt werden kann. An derselben Stelle ist eine Tragbahre in Bereitschaft zu halten, auf welcher der Patient gelagert wird. Der Wagen wird oben mit einem Leinwanddach bedeckt. Das Transportgestell sowie die Trage wird im Krankenhaus, in welches der Kranke gebracht wird, desinficirt, falls eine ansteckende Krankheit vorliegt. Die Desinfection ist auch an anderem Orte unschwer auszuführen, wenn der Kranke nicht in ein Krankenhaus befördert wird. Auf dem Lande sind auch Fahrbahren in Benutzung zu ziehen, welche von den Vereinen der genannten freiwilligen Organisationen, welche an fast allen Punkten des Reiches jetzt Mitglieder besitzen, gestellt werden können. Am besten ist es, die Geräthschaften bei bekannten Persönlichkeiten, Lehrern, Pfarrern, Gutsherren, unterzubringen, und diese Stellen durch äusserlich sichtbare Zeichen kenntlich zu machen. Die Ueberwachung dieser Verhältnisse muss durch einen Arzt oder den Kreisarzt geschehen, da sonst durch Ausserachtlassung der nöthigen Vorsichtsmaassregeln — man denke nur an Cholera, Pocken etc. — eine Verbreitung von Seuchen erfolgen kann.

Dringend erforderlich ist aber für alle diese Dinge und Erfüllung der genannten Forderungen, dass auch überall in Deutschland die Ueberweisung der Kranken seitens der Aerzte in ein Krankenhaus auf be-

sonders vorgedruckten Formularen geschieht, auf welchen nicht nur die Art der Erkrankung sondern auch besonders die Art der Beförderung, welche der Arzt für erforderlich hält, bemerkt wird. Hierdurch würde dem Unwesen, für Beförderung ansteckender Kranker öffentliche Fuhrwerke zu benutzen, in wirksamer Weise gesteuert werden. Der Kutscher dürfte nur dann Kranke in ein Krankenhaus befördern, wenn dies auf dem betreffenden Aufnahmeschein ausdrücklich vermerkt ist, oder wenn schon die Farbe des Scheines, wie in Hamburg, dies andeutet.

Solche Vormuster, in Buchform gebunden, wären dem Arzte von der Behörde bei seiner Niederlassung auszuhändigen, den übrigen nachträglich zuzustellen. Gut wäre es, einen Abschnitt eines jeden Scheines im Buche zu lassen, der kurz den Inhalt des Scheines angiebt. Der Schein wird vom Abschnitt an einer gelochten Linie abtrennt.

Das Krankentransportwesen ist, wie die vorstehenden Ausführungen ergeben haben, ein Theil der Krankenpflege, zu dessen Einrichtung und Ausführung technische und wissenschaftliche Kenntnisse erforderlich sind. Keineswegs stellt dasselbe allein eine humanitäre Versorgung der Kranken dar, welche nur Laien zu überlassen ist, sondern es ist nach wissenschaftlich-medicinischen Grundsätzen herzustellen und zu überwachen.

---

## 5. Fürsorge auf dem Gebiete des Rettungswesens.

Von

Dr. **George Meyer** in Berlin.

Wenngleich im Artikel „Krankentransportwesen“ an verschiedenen Stellen der Thätigkeit auch derjenigen Körperschaften Erwähnung geschah, welche sich der Ausübung des Rettungsdienstes widmen, weil ja die Hauptgrundlage eines Rettungswesens die Krankenbeförderung ist und bleiben muss, so werden jene Vereinigungen doch in diesem Abschnitt, welcher sich im Besonderen mit der Darlegung des Rettungswesens zu beschäftigen hat, zum Theil noch einmal ausführlicher zu erwähnen und mit ihren Einrichtungen zu schildern sein. Ich selbst habe an anderen Orten diese Verhältnisse zum Theil dargelegt und werde daher Verschiedenes in diesem Artikel aus meinen früheren Veröffentlichungen hier anführen können. Jedenfalls habe ich mich stets gefreut, dass auch dieses wichtige Gebiet der öffentlichen Krankenversorgung jetzt immer mehr die gebührende Beachtung findet, wie sich aus der wachsenden Zahl der Einrichtungen und von Veröffentlichungen in diesem Sonderfache ergiebt. Es zeigt sich hierbei ein recht ausgiebiges Studium und Benutzung meiner einschlägigen Arbeiten, wenngleich nicht immer dann auf dieselben hinzuweisen für nöthig erachtet wird.

Wohl zu allen Zeiten und bei allen Völkern ist es Brauch gewesen, dass, einem Menschen, welcher einen Unglücksfall erlitt, vorzüglich aber in Lebensgefahr gerieth, von Anderen Hülfe gebracht wurde. Dieser besonders mit Erfolg geleistete Beistand wird als „Rettung“ bezeichnet, und Alles was zur Einrichtung und Ausführung eines solchen dient oder erforderlich ist, gehört zum „Rettungswesen“. Es hat lange Zeit gedauert, bis der Begriff, welchen wir jetzt mit diesen Handlungen verbinden, mit ihnen verknüpft wurde, wie wir bei der geschichtlichen Darstellung sehen werden.

Man kann einen technischen und sanitären Rettungsdienst unterscheiden. Die Arbeiten der Feuerwehr bei einem Brande, das Hervor-

holen Verschütteter aus einem eingestürzten oder brennenden Hause, oder von Ertrinkenden aus den Fluthen ist technische Rettung, während die sanitäre Rettung bei Verletzungen und plötzlichen Erkrankungen eingreift und sich auch daher in zahlreichen Fällen an die technische Rettung unmittelbar anschliesst. Wenn z. B. Jemand bewusstlos aus dem Wasser gerettet wird oder bei einem Brande Brandwunden erleidet, so wird sofort nach seiner Befreiung aus der bedrohenden Umgebung medicinische Behandlung einzugreifen haben, welche dann mit dem Namen der sanitären Rettung zu belegen ist.

Unter erster Hülfe versteht man eine vorläufige Versorgung von Personen in Fällen plötzlicher Erkrankung oder gefahrdrohender Verschlimmerung eines bestehenden Leidens, beziehungsweise plötzlich eintretender Störung des Gesundheitsgleichgewichts, welche auch durch Verletzungen bei Unglücksfällen herbeigeführt wird. Im Allgemeinen bezeichnet man jetzt die von Laien geleistete Hülfe, bis ärztliche Versorgung eintreten kann, als Samariterhülfe, während die von Aerzten besorgte erstmalige Hülfe und die hierfür erforderlichen Vorkehrungen als eigentliches Rettungswesen angesehen wird. Es wird dieser Unterschied bei der geschichtlichen Darstellung des Gegenstandes näher beleuchtet werden.

Es wird häufig von plötzlichen Unglücksfällen oder Unfällen gesprochen. Das Beiwort ist überflüssig, da die Plötzlichkeit, das Ueberraschende mit dem Begriffe des Unglücksfalles stets verbunden ist.

Ueber die Entstehung der Unglücksfälle habe ich an anderer Stelle Folgendes geäussert:

„Unglücksfälle und plötzliche Erkrankungen ereignen sich an verschiedenen Orten, zu Wasser und zu Lande, in Städten und auf flachem Lande, unter freiem Himmel, in gedeckten Räumen (in Betrieben, z. B. Fabriken), in Gebirgen, auf verschiedenen Verkehrsmitteln (Strassen- und Eisenbahnen) und entstehen durch verschiedene einwirkende Kräfte. Aus der Vereinigung aller dieser einzelnen Umstände nach verschiedenen Gesichtspunkten, welche sich noch mit Leichtigkeit vermehren liessen, entstehen die mannigfaltigsten Gruppirungen, indem die einwirkenden Ursachen sehr verschiedener Art sein können, und zwar entweder natürliche (Blitzschlag, Erfrierung, Sonnenstich) oder durch mechanisch wirkende Ursachen (Maschinen, Sturz, Fall) bedingt. Bei den letzteren Ursachen würden noch wiederum Unterabtheilungen einzurichten sein, die für die Schwere des Unfalls bedeutungsvoll sein können, indem entweder der verletzende Gegenstand in Bewegung, der Verletzte in Ruhe oder umgekehrt der Verunglückende in (activer oder passiver) Bewegung und die verletzende Kraft in Ruhe ist. Entweder also von einem Dache oder einem Fenster eines Hauses fällt ein Gegenstand auf einen Vorübergehenden, oder eine in einem Wagen befindliche Person wird aus demselben gegen einen Prellstein geschleudert (passive Bewegung des Verunglückten), oder es stürzt Jemand aus einem höheren Stockwerk eines Hauses auf das Strassenpflaster (active Bewegung der Verletzten). Diesen

Unfällen stehen solche in gedeckten Räumen, in den Wohnhäusern oder in Fabriken, Theatern, Schulen, Turn- und Versammlungssälen gegenüber, wo bereits durch die grössere Ansammlung von Menschen, ferner durch die Art deren Beschäftigung Gefahren bestehen."

In dem Aufsatze, in welchem Dietrich in diesem Handbuch die Geschichte der Krankenpflege behandelt, sind auch die ersten Anfänge des Rettungswesens im Allgemeinen dargelegt. Die auf Seite 6 in der 1. Abtheilung des I. Bandes erwähnten Xenodochien, welche zur Aufnahme hülfsbedürftiger Wanderer und Pilger dienten, sind wohl als die ersten Bethätigungen auf diesem Gebiete anzusehen. Also bis etwa 400 nach Chr. reichen die Anfänge einer Fürsorge für „verirrte und erkrankte Pilger" zurück. Unter den Mönchen des Berges Karmel waren besondere Beamte, welche die Hülfsbedürftigen im Umkreise der Anstalt auch in den grossen Städten aufsuchten und ihnen „die erste und augenblickliche Hülfe selbst" leisteten. Auf Seite 9 erwähnt Dietrich dann die zu Ende des 8. Jahrhunderts in den Alpen errichteten Hospize, von welchen besonders die später entstandenen bekannter wurden. 962 gründete der heilige Bernhard auf einem bis dahin dem Jupiter geweihten Passe ein Hospiz, und nach dem Gründer wurde der ganze Pass „der grosse Sanct Bernhard" genannt. Bekannt sind die Bernhardiner Hunde, welche die Verunglückten aufsuchten.

In jene Zeit fällt auch die erste Thätigkeit des Johanniterordens auf diesem Gebiete, dessen Geschichte gleichfalls von Dietrich in diesem Handbuch geschildert ist. Besonders in England und dessen Kolonien hat die jetzt „St. John's Ambulance Association" benannte Gesellschaft allgemeine Ausbreitung gewonnen. Diese ist das Ambulance Department der Grand Priory of the Order of the Hospital of St. John of Jerusalem in England, dessen Ursprünge, wie ich in meiner Arbeit: Sanitäre Verhältnisse in London etc., 1897" dargelegt, bis zum Ende des 11. Jahrhunderts zurückreichen. Die Vereinigung war eine freiwillige zur Ausübung barmherziger Werke. Um 1100 wurde die Brüderschaft in England eingeführt und gewann grosses Ansehen im Lande. Ihr Hauptquartier lag in Clerkenwell in London. Unter Eduard II. erlangte die englische Zweigniederlassung die Rechte einer Körperschaft unter obigem Namen. Der Zugang bestand durch ein Gatter: St. John's Gate, welches im 12. Jahrhundert erbaut, 1381 durch einen Brand zerstört und 1504 zu seiner jetzigen Gestalt umgebaut wurde. Der Orden wurde um 1540 in England wieder aufgelöst, 1557 aber wieder in seine Rechte eingesetzt.

Eine recht lange Zeit ist dann vergangen, ohne dass öffentlich die Aufmerksamkeit auf das Gebiet des Rettungswesens gelenkt wurde, obwohl eine Reihe von privaten Arbeiten über den Gegenstand — d. h. über die Wiederbelebung Scheintodter — erschien. Es kann dies nicht Wunder nehmen, dass in jenen Zeiten, wo der Verkehr und die Industrie noch nicht jene ungeheure Ausdehnung erlangt hatten, durch welche leider zahlreiche Opfer heute gefordert werden, nur — oder wenigstens hauptsächlich — die durch Naturereignisse hervorgebrachten Unglücksfälle die

Aufmerksamkeit erregten. Allerdings waren auch im Alterthum Errettungen vom Scheintode bekannt, wie sich aus dem Namen „Hysteropotmos“ ergiebt, welchen die Griechen für vom Tode erweckte Menschen anwendeten, welche noch einmal feierlich zum Leben eingeweiht wurden. Bei den Römern kamen einige Male die Todten auf dem Scheiterhaufen wieder zum Leben, und daher schreibt sich der Brauch, vor dem Verbrennen dem Leichnam ein Fingerglied abzuschneiden, eine Gewohnheit, welche an die Eröffnung der Pulsadern erinnert, welche heute bisweilen von Seiten der Angehörigen als Nachweis sicheren Todes vom Arzte verlangt wird. Struve tadelt 1797, dass bei den Alten keine öffentliche Anstalten zur Hülfe Verunglückter bestanden, und es geht aus den Werken der damaligen Zeiten hervor, dass den Autoren Bekanntmachungen bezüglich des Verfahrens mit Ertrunkenen aus früheren Jahrhunderten anscheinend nicht bekannt gewesen sind.

Das Land, in welchem zu Ende des 18. Jahrhunderts die erste organisirte Rettungsgesellschaft der Welt errichtet wurde, hat den Ruhm, erheblich früher die ersten Verordnungen hierüber gehabt zu haben. Wie aus ihrem hier wiedergegebenen Wortlaut hervorgeht, sind darin allerdings keine besonderen medicinischen Verhaltungsmaassregeln gegeben, sondern nur der Rath ertheilt, Ertrunkene aus dem Wasser zu ziehen, sie aber ohne Wissen der Obrigkeit nicht weiter zu bringen.

Die erste Verordnung stammt vom 16. Juli 1417 und lautet in holländischer Sprache:

Handvest
inhoudende vele en voorname vooregten door
vrouw Jacoba van beijeren,
aan de
ingezetenen in den grooten waard van zuid-
holland geschonken.
16. July 1417.

Item, waer dat yemant quam daer hy eenen mensch verdrinckt ofte in noode vonde die sal hy vuyt moegen trecken op tlant ende tbeste daer mede doen sonder verbeuren behoudelyk dat hys niet ter aerde en sal brengen buyten consente van onser heerlicheyt.

Sehr alt ohne Jahreszahl ist folgende Verfügung:

Van Dootslagh.

Item wan enigh mensche die doot gheslagen worde binnen der vryhede van Amstelredame, en worde die bekend, na den rechte van der Stede, dat hy doot ghebleven ware van menschen handen, dien doden magh men graven en voort claghen mit kennisse van den rechter en van Scepen gheliker wys of die dode lichaem jeghenwoordigh gebloket stonde. En worde yemant in dien dootslagh besworen die daer niet vredeloes in gheleyt en ware die soude vrede hebben tot tijt toe dat hij op syn ruyme quame. En nyemant daer in te besweren hy en zy bezaket, te voren eer men claghet en die smen core te hebben van den aenbringe ghelyc die ghene hebben die vredeloos syn.

Aus dem gleichen Jahrhundert, von 1455, sind noch zwei Verfügungen zu erwähnen, welche ungefähr desselben Inhalts wie die erste sind:

Privilegie
van
Philips van Bourgondie
aan
kennemerland en kennemergevolg.
1455.

Ende oft gebeurde dat eenig mensche in 't waater viele waar 't Jonk of ond dat een iegelyk dien mensch nyt sal mogen trekken, alsoo lange als hy lyf in heeft, en desgelyks waar hy doot or verdronken so sal men hem nyt den water mogen trekken, sonder verbeuren, behoudelyk enz.

Keur
van
Philips van Bourgondie
aan di van
west zaanden en crommenie.
12. Maerte 1455.

Oft gebeurde eenige menschen in het waater vielen waer Jonck ofte oudt dat een ygelyck dien mensche sal mogen trecken, alsoo langh als hy lyf in heeft, ende desgelyck waer hy doodt ofte verdroncken soo sal men hem nyt den water moghen trecken, sonder verbeuren, behoudelyck dat men den voorsz verdroncken en dooden mensche toonen sal eerst onsen Baillin ofte synen Stedehouder, ofte in syne absentie den Schout aldaer, om te beschouwen den voorsz dooden eer men hem begraven sal, ende daer naer binnen eenen natuyrlycken Dage daer mede gedaen worde 't geen dat van reden wege behooren sal.

In den folgenden Verfügungen jener Zeit ist gleichfalls darauf hingewiesen, dass man in (Wassers-) Noth befindlichen Menschen helfen solle. Wenn sie aber todt, so müssen sie liegen bleiben bis zur Ankunft der Obrigkeit. In welcher Weise die Hülfe ausgeführt werden soll, ist in den Verordnungen nicht gesagt. Es scheinen auch, wie aus einer Beschreibung, welche einige Jahrhunderte später Pia lieferte, hervorgeht, Missverständnisse in Bezug auf das Herausholen von Ertrunkenen aus dem Wasser vorgekommen zu sein, die kein günstiges Licht auf die Humanität damaliger Zeit zu werfen geeignet sind.

Anscheinend sind die Missverständnisse durch den Wortlaut der behördlichen Verordnungen jener Zeit bewirkt worden, da gerade in den hier angeführten Verfügungen das Verbot ausgesprochen ist, im Wasser befindliche Personen ohne Zustimmung der obrigkeitlichen Behörde herauszuziehen.

„Da war“, sagte Pia, „ein allgemeines Vorurtheil im Schwange, dass man sich nemlich, unter schwerer Strafe, nicht unterstehen durfte, einen Ertrunkenen zu berühren oder aus dem Wasser hervorzuziehen, bevor man einen Commissär herbeygerufen hätte, um den Vorgang zu Protokoll zu bringen; und es war erst alsdann, wenn jener die Beschaffenheit und Lage der Leiche verzeichnet hatte, dass man einige Versuche anstellen mochte, die immer auf die Bestätigung des Todes zielten; denn man hat vielleicht kein Beyspiel, dass man, nach Verlauf aller dafür nöthig erachteten Formalitäten, je einen einzigen Scheintodten gerettet hätte. Man befestigte den vorgefundenen Körper des Ertrunkenen meistens an einen Nachen, und zog solchen nicht eher ganz aus dem Wasser hervor, bis in Beyseyn des Commissärs; auf dessen schriftlichen Aufsatz, die Anverwandten des Ertrunkenen, sich bei erfor-

derlichen Zeugnissen, beziehen mussten. Wenn man den Ertrunkenen nicht an einem Schiffchen befestigte, so pflegte man denselben an das Ufer so hinzustrecken, dass dessen Füsse im Wasser zurückblieben. Zuweilen (und dieses hielt man für einen nicht zu vernachtässigenden Theil der Formalitäten) liess man nur die untern Gliedmassen aus dem Wasser hervorreichen; Kopf und Brust aber blieben im Wasser liegen, und erwarteten die geneigte Ankunft der Gerichtsherrn, welche zuerst der ganzen Sache einen rechtlichen Zuschnitt gaben, ehe sie den Verunglückten ins Trockne bringen liessen."

Diese „geneigte Ankunft des Gerichtsherrn" wird sich wohl bei den Verkehrsverhältnissen damaliger Zeit auch bisweilen so lange verzögert haben, dass an eine Rettung der Verunglückten nicht mehr zu denken war. Man liess also Ertrunkene aus Rücksicht für die Obrigkeit und im Aberglauben, dass Berührung von Selbstmördern ehrlos mache, liegen. Aehnlich erging es bei Erhängten. Diejenigen Menschen, welche solche losschnitten und um ihre Rettung sich bemühten, wurden grössten Beschimpfungen ausgesetzt, und Frank tadelt diese Verirrungen, die zum Theil eine Folge missverständlicher Auffassung der behördlichen Verordnungen waren, mit herben Worten. So führt er auch die Entschuldigung eines Strassburger Berichtes vom Jahre 1740 an:

„Es könne, um das herrschende Vorurtheil zu heben, nicht genug wiederholet werden, dass es der Obrigkeit nie eingefallen sey, die Rettung Ertrunkener zu erschweren; und dass blos auf den Fall, dass man von derselben Tode versichert wäre, gewisse Ursachen die Vorgesetzten bewegten, sich ihrer Leichen zu versichern."

Er bemerkt aber weiter, es

„scheint doch diese Erklärung auf niemand sehr gewirkt zu haben, besonders da nie eine öffentliche Anstalt zur Rettung Verunglückter getroffen, und so die Verwendung einzelner Menschen für dieselben, von den Regierungen gebilligt ward. Zur Ehre Schottlands, und der Religion, kann ich doch nicht verschweigen, dass schon vor mehreren Jahrhunderten, daselbst, das, auf einem steilen Felsen ruhende Schloss Bamborough, von einem menschenfreundlichen Bischofe von Durham, zur Rettung der Schiffbrüchigen bestimmt, und nicht nur mit sehr wohlfeilen Nahrungsmitteln, sondern zugleich mit 30 Betten zur Aufnahme der Verunglückten, versehen worden ist."

Amtliche Verordnungen, in welchen schwer getadelt, dass die Scheintodten unberührt blieben, und ausdrücklich unter Aussetzung von Belohnungen angeordnet wurde, denselben jederzeit zur Hülfe zu eilen, sind in der Folge zahlreich erschienen. So sei hier ein älterer Schleswig-Holsteinischer Erlass angeführt:

Verordnungen, die Sorge für die Scheintodten betreffend.

1. Vorschläge, um ertrunkene Personen ins Leben zu bringen und grossfürstl. Placat zu ihrer gesetzlichen Genehmigung, vom 6. Sept. 1771.

2. Verordnung wegen Rettung der durch plötzliche Unglücksfälle dem Anscheine nach leblos gewordenen Personen, vom 22. April 1772. (Chron. Samml. p. 21.)

Wir Christian der Siebente etc. Thun kund hiemit: Wasgestalt Wir mit Misfallen vernehmen müssen, wie an den mehresten Oertern wegen gerichtlicher Aufhebung eines gefundenen todten oder todtscheinenden Körpers die hergebrachte Gewohnheit und ein daher bestätigtes höchstschädliches Vorurtheil herrsche, dass man es für die Ehre verfänglich hält, dergleichen Körper anzufassen, geschweige Versuche,

[illegible] Zeugnissen beziehen mussten. Wenn man den Ertrunkenen nicht an einem Schiffchen befestigte, so pflegte man denselben an das Ufer so hinzustrecken, dass dessen Füsse im Wasser zurückblieben. Zuweilen (und dieses hielt man für einen nicht zu vernachlässigenden Theil der Formalitäten) liess man nur die untern Gliedmassen aus dem Wasser hervorreichen; Kopf und Brust aber blieben im Wasser liegen, und erwarteten die geneigte Ankunft der Gerichtsherrn, welche zuerst der ganzen Sache einen rechtlichen Zuschnitt gaben, ehe sie den Verunglückten ins Trockne bringen liessen."

Diese „geneigte Ankunft des Gerichtsherrn" wird sich wohl bei den Verkehrsverhältnissen damaliger Zeit auch bisweilen so lange verzögert haben, dass an eine Rettung der Verunglückten nicht mehr zu denken war. Man liess also Ertrunkene aus Rücksicht für die Obrigkeit und im Aberglauben, dass Berührung von Selbstmördern ehrlos mache, liegen. Aehnlich erging es bei Erhängten. Diejenigen Menschen, welche solche losschnitten und um ihre Rettung sich bemühten, wurden grössten Beschimpfungen ausgesetzt, und Frank tadelt diese Verirrungen, die zum Theil eine Folge missverständlicher Auffassung der behördlichen Verordnungen waren, mit herben Worten. So führt er auch die Entschuldigung eines Strassburger Berichtes vom Jahre 1740 an:

„Es könne, um das herrschende Vorurtheil zu heben, nicht genug wiederholet werden, dass es der Obrigkeit nie eingefallen sey, die Rettung Ertrunkener zu erschweren; und dass blos auf den Fall, dass man von derselben Tode versichert wäre, gewisse Ursachen die Vorgesetzten bewegten, sich ihrer Leichen zu versichern."

Er bemerkt aber weiter, es

„scheint doch diese Erklärung auf niemand sehr gewirkt zu haben, besonders da nie eine öffentliche Anstalt zur Rettung Verunglückter getroffen, und so die Verwendung einzelner Menschen für dieselben, von den Regierungen gebilligt ward. Zur Ehre Schottlands, und der Religion, kann ich doch nicht verschweigen, dass schon vor mehreren Jahrhunderten, daselbst, das, auf einem steilen Felsen ruhende Schloss Bamborough, von einem menschenfreundlichen Bischofe von Durham, zur Rettung der Schiffbrüchigen bestimmt, und nicht nur mit sehr wohlfeilen Nahrungsmitteln, sondern zugleich mit 30 Betten zur Aufnahme der Verunglückten, versehen worden ist."

Amtliche Verordnungen, in welchen schwer getadelt, dass die Scheintodten unberührt blieben, und ausdrücklich unter Aussetzung von Belohnungen angeordnet wurde, denselben jederzeit zur Hülfe zu eilen, sind in der Folge zahlreich erschienen. So sei hier ein älterer Schleswig-Holsteinischer Erlass angeführt:

Verordnungen, die Sorge für die Scheintodten betreffend.

1. Vorschläge, um ertrunkene Personen ins Leben zu bringen und grossfürstl. Placat zu ihrer gesetzlichen Genehmigung, vom 6. Sept. 1771.

2. Verordnung wegen Rettung der durch plötzliche Unglücksfälle dem Anscheine nach leblos gewordenen Personen, vom 22. April 1772. (Chron. Samml. p. 21.)

Wir Christian der Siebente etc. Thun kund hiemit: Wasgestalt Wir mit Misfallen vernehmen müssen, wie an den mehresten Oertern wegen gerichtlicher Aufhebung eines gefundenen todten oder todtscheinenden Körpers die hergebrachte Gewohnheit und ein daher bestätigtes höchstschädliches Vorurtheil herrsche, dass man es für die Ehre verfänglich hält, dergleichen Körper anzufassen, geschweige Versuche,

selbige vom nahen Tode zu retten, anzustellen, wenn sie nicht zuvor von einem Beamten oder andern Gerichtsperson, mittelst Auflegung der Hand, berühret worden.

Wann nun solche unglücklich gewordene Personen oft nur bloss der äusserlichen Kennzeichen des noch vorhandenen schwachen Lebens beraubet sind, und nicht selten durch schleunige Hülfe dem Tode entzogen werden können: so sind Wir, nach der Uns für die Aufnahme Unserer Staaten, das Wohl und die Glückseligkeit eines jeden Unserer getreuen Unterthanen am Herzen liegenden Sorgfalt, allergnädigst gesonnen, bemeldte üble, bishero obgewaltete Gewohnheit fürs künftige völlig aufzuheben und zu untersagen.

§ 1. Wir verstatten also nicht nur, sondern befehlen auch allergnädigst, dass ein jeder, ohne Unterschied, zur Rettung der ertrunkenen, erwürgten, erstickten, erfrornen und sonsten todtscheinenden oder in Lebensgefahr schwebenden Menschen, von welchem Stande oder Religion derselbe auch seyn möge, nach äusserstem Vermögen beförderlich seyn, die gefundenen, solchergestalt leblos oder todtscheinenden Körper unverzüglich aufheben, die nicht rechtlich erhängten Menschen losschneiden, sie ungesäumt in eines der nächsten Häuser bringen, und sofort diensame Mittel zur Rettung des Unglücklichen allen Fleisses zu versuchen, nach Anleitung beygefügter Anzeige, angewandt seyn solle.

§ 2. Wir ermuntern sodann und befehlen einem jeden, insonderheit den Wundärzten, Badern, Gastwirthen, Krügern, wie auch den Vögten und Schulhaltern auf dem Lande, ihre Behausung zu einer so christlichen und pflichtvollen Absicht gerne und willig herzugeben, und sich dessen, bey Vermeidung scharfer Ahndung, auf keinerley Art zu entlegen, vielmehr die zur Rettung vorgeschriebenen Versuche ungesäumt anstellen zu lassen. Gleich denn auch der Obrigkeit oder dem Beamten des Orts unverzüglich davon Anzeige zu thun ist, damit solche unentgeldliche weitere Vorkehrung treffen könne.

Die Gegenwärtigen hingegen haben in möglichster Geschwindigkeit einen Arzt oder Wundarzt, wenn aber deren keiner in der Nähe ist, die Districtshebamme oder den Schulmeister, als zu deren Berufspflichten es gehöret, sich von den in dergleichen Fällen erforderlichen Rettungsmitteln die nöthige Kenntnis zu verschaffen, herbeyzuholen, von denen alsdann die nach Beschaffenheit der Umstände dienlichsten, und zum Theil in der beygefügten Anzeige vorgeschriebenen Versuche sorgfältig anzuwenden sind. Wie sich denn auch die zuletzt erwähnten Hebammen und Schulmeister zu diesem Ende mit den nöthigen Instrumenten nach Möglichkeit zu versehen haben.

§ 3. Diese Rettungsanstalten muss man, die Rettung sey auch noch so unwahrscheinlich, jedermann widerfahren lassen, da die Erfahrung gewiesen, dass Körper oft viele Stunden lang leblos geschienen, aber doch noch durch Zufall oder angewandten Fleiss wieder erweckt worden. Nur alsdann ist alle Hoffnung verloren, wenn der starke Leichengeruch, blutige, aus Nase und Mund stinkende Jauche, ein von Fäulniss aufgetriebenes Haupt und Unterleib, die bey gelinder Anrührung sich abschabende Oberhaut, fahlbraune und blaugrüne Streifen, besonders am Unterleibe, und zwar mehrere dieser äusserlichen Zeichen zugleich, die anfangende oder schon völlige Fäulniss verrathen. Der blosse Mangel von Empfindung und Wärme, von Pulsschlag und Odem, Kälte und Steifigkeit u. s. w. sind aber von völliger Leblosigkeit noch keine sicheren Merkmale.

§ 4. Wenn die, so einen Leichnam finden, sogleich oder bey der Handanlegung zum Retten, Spuren einer Verletzung, als einer Verwundung, Quetschung u. s. w. wahrnehmen, oder ohne Zeichen der Fäulniss (§ 3) blaue und rothe Striemen und Flecken, Blut, so aus Mund und Nase gestürzt ist, oder irgend etwas sich zeiget, das eine Gewaltthätigkeit muthmassen liesse, so haben sie zwar die etwa thunlichen

Rettungsmittel, doch mit Vorsicht und Behutsamkeit, anzuwenden; müssen aber ihren Argwohn sogleich und ausdrücklich durch den Bauervogt oder Gerichtsbedienten der gehörigen Obrigkeit anzeigen lassen, damit durch Kunsterfahrne hierüber die nöthige Untersuchung angestellet werden könne.

§ 5. Dahingegen wollen Wir Allergnädigst, dass demjenigen, welcher sich bei der Rettung eines todt geschienenen Menschen geschäftig erwiesen, und durch seine Bemühung einen, dem Anschein nach, des Lebens beraubten Menschen wirklich gerettet zu haben, mittelst obrigkeitlichen Zeugnisses darthut, aus Unserer Kasse eine Prämie von fünf dänischen Ducaten, oder, falls es ihm lieber seyn sollte, eine Medaille von gleichem Werth zur Belohnung gereichet werden solle.

§ 6. Im Fall auch, dass sich mehrere um die Rettung des Unglücklichen verdient gemacht: so haben sie sich wegen der Belohnung nach Billigkeit, und allenfalls vor der Obrigkeit, die solche Bemühung umsonst übernehmen muss, zu setzen und zu vereinbaren.

§ 7. Damit auch niemand, aus Furcht wegen der aufzuwendenden Kosten, seine Hülfe zurückhalte: so wollen Wir, dass denen, die sich eifrigst haben angelegen seyn lassen, den Unglücklichen vom Tode zu befreyen, und zur Aufnahme eines solchen ihr Haus willig hergegeben oder nützliche Veranstaltungen getroffen haben, ihre Mühe und gehabten Kosten, sie mögen glücklich gewesen seyn oder nicht, nach Billigkeit, aus den Mitteln dessen, an dem die Hülfe versucht worden, oder falls er keine gehabt hat, dem Befinden nach auf obrigkeitliche Verfügung, von der Commune oder aus der Armenkasse des Orts, ohne mindesten Anstand, ausgekehret und vergütet werden sollen.

§ 8. Was endlich noch die Soldateske angehet, so werden Wir Unserm Generalitäts- und Commissariats-Kollegio befehlen, dass gedachte Soldateske in den Festungen, Städten und Flecken, oder wo sie sonst in Garnison oder Quartier lieget, wann sie einen, dem äusserlichen Ansehen nach, todtseyenden Körper gewahr werden, gleichfalls zur Rettung desselben Hand anzulegen schuldig seyn soll, des Endes denn von der Wache, die dem Orte, wo der Körper gefunden worden, am nächsten ist, auf die erste Nachricht des Unglücks genugsame Mannschaft, ohne Säumniss, dahin zu schicken ist, um aller Hinderung der Rettung und Gewaltthätigkeiten an dem Körper zu steuren, auch, benöthigten Falls, durch Postirung vor dem Hause, wo der Körper ist, Ordnung zu halten, und allem Unfug vorzubeugen.

§ 9. Ueberdem aber gebieten und befehlen Wir, dass gleichwie durch diese Anordnung, die an einem oder dem andern Orte üblichen Formalitäten bey Aufhebung todter Körper und desfalls hergebrachten Gebühren gänzlich wegfallen, also auch in Criminalfällen, wo eine Section erforderlich, selbige nicht vorgenommen werden soll, bevor heilsame Mittel zur Wiederbringung der Lebensgeister von Kunstverständigen vergeblich angewandt worden.

§ 10. Und damit niemand sich überhaupt dieser Pflicht der Menschlichkeit und christlichen Liebe aus Unwissenheit entziehe, so wollen Wir, dass ein bleibendes Exemplar von dieser Unserer Allerhöchsten Verordnung allen Unsern Ober- und Unterbeamten, Magistraten und andern Gerichtspersonen, inngleichen auf dem Lande jedem Prediger, auch jedem Dorfs- und Bauervogt und Schulmeister, für sich und ihre Nachfolger im Amte, zur pflichtmässigen Nachachtung zugestellet werde.

Wonach sich männiglich allerunterthänigst zu achten. Urkundlich unter Unserm Königl. Handzeichen und vorgedrucktem Insiegel. Gegeben auf Unserer Königl. Residenz Christiansburg, in Kopenhagen den 22. April 1772.

(L. S.) Christian Rex.

Schack-Rathlou. Scheel. Pauli. Oeder. Rothe.

I. H. Hallensen.

Noch im folgenden 19. Jahrhundert ist es nothwendig aufzufordern, Verunglückten vor der obrigkeitlichen Besichtigung des Körpers zu helfen. So ist unter den Medicinal-Gesetzen z. B. von Mecklenburg-Schwerin folgende Verordnung von 1834 erwähnenswerth:

Von der Sorge für Rettung Verunglückter und Scheintodter. Verfahren bei plötzlich Verstorbenen und Kinderleichen etc.

§ 593. Sorge für Rettung Verunglückter.

1. Wenn Jemand, er sei wess Standes er wolle, einen durch eigene oder fremde Gewalt Verunglückten antrifft, so soll er ohne Zögerung und ohne erst die obrigkeitliche Besichtigung abzuwarten, allenfalls nach Herbeirufung nöthiger Hülfe, den Verunglückten sogleich aufnehmen und nach Bewandtniss der Umstände in das erste beste Haus bringen.

2. Hier soll sogleich Alles angewandt werden, um den Verunglückten ins Leben zurückzurufen.

3. Niemand soll sich aber weigern, einen solchen Verunglückten in sein Haus aufzunehmen, sich indessen einer sicheren Vergütung der ihm dadurch etwa entstehenden Beschädigungen von der Commune zu versprechen haben.

4. Wer gegen diese Vorschrift handelt, soll als Theilnehmer eines solchen gewaltsamen Todes angesehen und mit schwerer willkührlicher Strafe belegt werden.

5. Wer sich aber gar untersteht, Jemanden wegen solcher ohne vorhergängige obrigkeitliche Besichtigung versuchten und geleisteten Rettung Vorwürfe zu machen, soll die empfindlichste Geld- oder Leibesstrafe erleiden.

§ 594. Aufhebung der Rettungsprämie.

Die Rettungsprämie, welche durch das Rescript vom 16. Dezember 1784 auf die Rettung Verunglückter ausgelobt, und auch zur Beförderung der Ausrottung eines schädlichen Vorurtheils, das bei gegenwärtiger Aufklärung nicht mehr existirt, nämlich der vermeintlichen Anstössigkeit der Berührung solcher Personen, die selbst Hand an sich gelegt, gestiftet war, ist wieder aufgehoben, indem jene Verordnung bei Manchen die Meinung hervorgebracht zu haben scheint, als wenn eine Handlung, welche die Religion und Menschenliebe von selbst gebietet und welche ihren Lohn in sich selbst hat, noch bezahlt werden solle und müsse.

§ 595. Vorschriften zur Rettung Verunglückter in Rostock.

1. Jeder Einwohner ist verpflichtet, einem durch Ersäufen, Erhängen oder sonst Verunglückten ohne Zögerung die erforderliche Hülfe, allenfalls unter Herbeirufung anderer zu leisten, so also dem Erhenkten den Strick abzuschneiden, den Ertrunkenen aus dem Wasser zu ziehen, ihn sodann aufzunehmen, und den Stadtphysikus und Chirurgus herbeizurufen.

2. Kein Einwohner darf sich entziehen, den Verunglückten in sein Haus aufzunehmen, und die zu dessen Rettung erforderlichen Bedürfnisse an Betten, Leinewand, Feuerung und sonstigen Sachen herzugeben, wobei es sich von selbst versteht, dass alle geschehene Verwendung aus dem Vermögen des Verunglückten, im Falle der Unvermögenheit aber aus der Stadtkasse, nach eingereichter Designation vergütet werden wird.

3. Gegen denjenigen Bürger und Einwohner, welche sich der Aufnahme eines solchen Verunglückten entziehen, soll der Fiscal sein Amt wahrnehmen und ihn als einen Mitschuldigen an dem Tode des Verunglückten anklagen, wo denn, nach dem grösseren oder geringeren Grade der Wahrscheinlichkeit, dass durch ein solches liebloses Benehmen der Tod des Verunglückten mehr oder weniger befördert worden, harte willkürliche Leibes- oder sonstige Strafe, allemal aber, selbst wenn der Verunglückte erweislich nicht zu retten gewesen wäre, eine unabbittlich schwere Geldstrafe erfolgen soll.

4. Diejenigen, welche die Rettung eines solchen Unglücklichen sich haben angelegen sein lassen, sollen eine Prämie von 10 Thalern aus der Stadtkasse haben.

5. Niemand soll sich bei der empfindlichsten Gefängniss- oder sonstigen Leibes- und Geldstrafe, unterstehen, aus einem vielleicht noch bei Manchem vorwaltenden verkehrten Wahne, demjenigen, der sich der Rettung eines Verunglückten unterzieht, irgend einen Vorwurf zu machen, und es soll, wenn dieses geschehen, dem Beleidigten im Gerichte von dem Beleidiger persönliche Abbitte geleistet werden.

§ 596. Verfahren bei Ertrunkenen besonders.

Bei Unglücksfällen auf der Elbe sollen die Ortsobrigkeiten eiligst Rettungsanstalten treffen. Die Körper der in der Elbe Ertrunkenen sind dem Elbzoll-Geleite zu überlassen.

Rostock. Wenn Jemand auf dem Eise in Gefahr geräth zu ertrinken, so soll ein Jeder demselben eiligst zu Hülfe kommen und ihn aus dem Wasser heraushelfen, auch den erkalteten und nicht erstorbenen Körper ohne einige Rücksicht und unerwartet einer Besichtigung herausziehen, selbigen in der Nähe an einen warmen Ort bringen und alle nur ersinnlichen Mittel und Wege, wodurch der Verunglückte beim Leben erhalten werden könnte, anwenden und gebrauchen, bei ernstlicher Strafe im Unterlassungsfalle.

Ertrinkt von den Warnemündern oder den Ihrigen auf der See oder im Hafen, auf der Warnow durch Sturmwinde einer, oder ein Rostocker Fischer, so soll zur Ersparung der Kosten die gewohnte Besichtigung nachbleiben.

§ 597. Rettungsapparate für Ertrunkene.

In Rostock sind mit bedeutenden Kosten zwei Rettungsapparate in zwei Kasten zur Rettung im Wasser verunglückter Menschen eingerichtet. Der eine Kasten steht, wegen Nähe der Oberwarnow, beim Zeicheneinnehmer am Mühlenthor, der andere beim Strandvogt am Borgwellthor. Diese Kasten werden von Zeit zu Zeit von dem Stadtphysicus und Chirurgus nachgesehen und was etwa abgängig und unbrauchbar geworden, das wird auf Kosten des Gerichts ergänzt. Oft ist von diesen Apparaten Gebrauch gemacht, es wurde aber niemals ein Verunglückter dadurch ins Leben zurückgerufen, selbst wenn er nur wenige Minuten im Wasser gelegen hatte. In den übrigen an Seen und Flüssen gelegenen Städten des Landes fehlen solche Rettungsapparate.

§ 598. Verfahren bei plötzlich Verstorbenen; gerichtliches.

Bei vorkommenden plötzlichen Todesfällen, wenn sich, den Umständen und Verhältnissen nach, der Verdacht einer sträflichen Handlung oder ein Selbstmord ergiebt, soll das Nähere von der Gerichts- und Polizeibehörde gehörig ermittelt und registrirt werden, und im Falle, dass dabei ein crimineller Gesichtspunkt eintritt, über die etwa nöthige Section und die zu gestattende Beerdigung von der Localbehörde, falls sie dafür selbst keinen Zweifel hat, ohne Einholung einer höheren Belehrung, auf eigene Verantwortung geurtheilt werden.

Gleich wie gesammte Gerichte indessen erinnert werden, bei plötzlichen Todesfällen, sobald die Umstände sich zu ihrer Cognition eignen, mit der höchsten Aufmerksamkeit zu verfahren, um die Spuren einer etwaigen weiteren oder künftigen Untersuchung möglichst sicher zu stellen, so sollen die Amts- und Stadtgerichte über die vorgekommenen, zu ihrer Cognition gelangten, aber zur Criminaluntersuchung nicht geeignet befundenen plötzlichen Todesfälle, eventualiter unter Beilegung der Acten, mit den in Folge der Patent-Verordnung vom 22. August 1828 jährlich in Abschriften einzureichenden Verzeichnissen, bei der competirenden Justizcanzley berichtliche Anzeige machen.

§ 599. Verfahren bei todtgefundenen Kindern.

Es soll dabei die Lungenprobe mit Vorsicht vorgenommen werden.

Dass nicht vor der Mitte des 18. Jahrhunderts öffentliche Veranstaltungen oder, wie Struve es benennt, „Rettungsordnungen“ nach dem Beispiele der viel früher geschaffenen Feuerordnungen erlassen wurden, lag also an dem Abscheu vor Leichen, und auch vor Bewusstlosen, welche durch einen Unglücksfall oder durch Selbstmordversuch in diesen Zustand gerathen waren. Ferner waren die vielen Formalitäten erschwerend, welche von den Gerichten beim Auffinden von Leichen angestellt wurden. Und es kam hinzu, dass die kleinen Herrschaften und Länder auf ihre eigenen Gerichtsbarkeiten nicht verzichten wollten und sich gegen einen nachbarlichen Eingriff, auch wenn ein Scheintodter hätte gerettet werden können, thatkräftig verwahrten.

Etwas früher sind einige bemerkenswerthe behördliche Verordnungen erlassen worden, welche weder von Struve, noch Hufeland, noch anderen Autoren, welche zu Ende des 18. Jahrhunderts sich mit dem Rettungswesen beschäftigten, da sie als eigentliche Rettungsverordnungen nicht aufzufassen sind, erwähnt werden. Es sind dies Medicinal-Ordnungen, von welchen ein Beispiel von vielen hier abgedruckt wird, in welchen die Nothhülfe der Apotheker in Abwesenheit des Arztes erwähnt wird. Diesen wurden hier die Grenzen ihrer Thätigkeit genau vorgeschrieben, so dass schon in frühen Zeiten hierfür eine Nothwendigkeit bestanden haben muss. Der Anfang des hier abgedruckten Theiles der „Hochfürstlich Braunschweig-Wolffenbüttelschen Medicinal-Ordnung nebst beygefügter Apotheker-Taxe“ vom Jahre 1721 ist recht beachtenswerth, denn auch damals — wie noch heute — lief der „gemeine Mann“ in Erkrankungsfällen vielfach zuerst zum Apotheker.

„§ 10. Weil auch sonderlich der gemeine Mann in Kranckheiten zuerst nach dem Apothecker läufft / von demselben nicht allein Artzneyen / sondern auch Raht und Hülffe begehret, wodurch denn theils / da von Seiten des Patienten der Zustand selten recht berichtet / theils vom Apothecker nicht recht erkennet und dijudiciret wird / sehr gefährliche Errores, und nicht geringe Unglücks-Fälle entstehen können / so sollen sich die Apothecker mit Hindansetzung aller ungebührlichen Ehr- und Gewinnsucht in ihren Schrancken halten / die Krancken / sie seyn arm oder reich / Auswärtige oder Einheimische / an die Medicos / jedoch ohne Affecten und besondere Recommendation an einen für den andern / weder directè noch indirectè verweisen / die dann jeden / seiner Gelegenheit nach / obgezeigter massen zu begegnen / und was der Patient bedarff / zu verschreiben schuldig seyn sollen: Für allen Dingen aber haben sich die Apothecker / und zwar bey harter Straffe zu hüten / dass sie ohne grossen Bedacht und Fürsorge nicht jeden Purgentia und Vomitoria geben / weil dadurch das meiste Unglück geschiehet. Und wie die Medici, ausser einigen für sich zu behaltende Arcana, keine Medicamenta dispensiren / sondern vielmehr mit ihrer mühsamen Praxi der Apothecken Aufnahme und Bestes täglich befordern / also wird es die höchste Unbilligkeit und Undanck seyn / zu deren Praejuditz / Schimpff und Schaden / die vorkommende Patienten ihnen zu entwenden und an sich zu ziehen / welches auch nicht geduldet / sondern auf beschehene Anzeige jedesmahl bestraffet werden solle.

§ 11. Jedennoch / da im Fall der Noht bey zustossenden Ohnmachten / Coliquen und geschwinden Fällen / ehe man eines Medici mögte habhaft werden / vom

Apothecker zur Erquickung inn- oder äusserlich was begehret würde / mag demselben frey stehen / Anstreich-Spiritus / Balsam / Hertz-Pulver / Carminativ und Hertz-Wasser zuerst / bis auf Erfordern des Medici / zu verordnen und auszutheilen."

Wie also hier festgesetzt ist, wie die Apotheker sich in diesen Fällen zu verhalten haben, so bestimmt noch deutlicher die Hochfürstlich Württembergische Medicinal-Ordnung von 1756 (Stuttgart) Folgendes unter:

Tit. II.

Die Apothecker betreffend.

§ 5. Des Practicirens, Besuchung der Krancken und Verordnung der Artzneyen, sollen sich die Apothecker gäntzlich enthalten, es seye dann im Nothfall, wo kein Medicus zu haben, da sie dann dasjenige, was sie denen Patienten gegeben, ordentlich aufschreiben, und solches, nach des Medici An- oder Wiederkunft, ihme vorlegen, und solchem die weitere Cur überlassen; wann aber ausser deme, sonsten Leute in die Apotheck kommen, und daselbst Rath suchen, solche denen Medicis, bevor ab ihrem vorgesetzten Physico, zuweisen sollen.

Auf die Möglichkeit des Wiedererwachens Scheintodter, bezw. der Rettung Bewusstloser ist vielfach von den Aerzten hingewiesen worden. Von älteren sind hier zu nennen Aetius, Oribasius, Haly, Abbas, Dioscorides, Avicenna und ferner Alexander Benedictus, Bapt. Codronchius, Guil. Fabricius Hildanus, Jacob Horstius, Franc. Rouchinus, Dan. Senertus, Petro à Bastro, Bartholinus u. s. w.

Weitere Daten über die Entwickelung des Rettungswesens hat Kool zusammengestellt.

Bereits 1564 machte P. Foreest darauf aufmerksam, dass bei Ertrunkenen die Athmung durch Eindringen von Wasser in die Luftwege behindert ist. Ueber die Todesursache selbst fügte er nichts hinzu. Erst später wurden die alten Ansichten durch Ranchin und F. Plater angefochten. Letzterer drückt sich folgendermaassen aus:

„Eos, qui aquis immersi, moriuntur, non quod aquam affatim et nimium bibant, uti vulgo creditur, sed quia suffocantur, extingui probatur;"

und etwas später:

„quam ob rem quod aëris per respirationem ab aqua intercedente attractio impedita sit, et cum aër attrahi deberet, aqua in illius loco in asperam arteriam illabatur, caussa suffocationis illius, illaque mortis existit."

Diese Ansicht blieb lange Zeit, bis zum 17. Jahrhundert, die herrschende, wo man den Gegenstand weiter verfolgte. 1651 verfasste Kirchmayer eine Schrift über den Scheintod, 1675 Sebast. Albinus. 1680 stellte Borellus die Ansicht auf, dass das in die Lungen eingedrungene Wasser dadurch den Tod verursachte, dass die Durchströmung oder der Umlauf des Blutes und der Luftzutritt, der für diesen Umlauf erforderlich ist, verhindert wird.

Camerarius wies dann 1683 und Waldschmid 1686 darauf hin, dass das Kopfstellen des Ertrunkenen nicht allein nutzlos, sondern sogar

schädlich sei. Man hatte vorher geglaubt, dass bei Ertrunkenen der Tod durch Wassereintritt in Lungen und Magen verursacht sei. 1689 schrieb J. Bohn, dann Valentin, 1704 Becker, 1705 Craus zu Jena, 1707 Lancisi, 1708 Ettmüller, 1714 Detharding über den gleichen Gegenstand. In demselben Jahre gab Schroek den Luftröhrenschnitt zur Rettung Ertrunkener an; dann folgte 1719 Littre, 1725 Senac, 1731 Leprot, 1740 Haller, 1742 Winslow, Kemdmann, Evers, Roederer, v. Haller, Engelman, Squario, Gummer, Bikker, Stolte, Kunst, Blech, Schmidt, welche in Dissertationen und sonstigen Schriften die Frage der Ursachen des Erstickungstodes in verschiedener Weise zu beantworten suchten. Auch die Dissertation von Hufeland aus dem Jahre 1783: Sistens usum vis electricae in asphyxia ist an dieser Stelle zu erwähnen.

Um diese Zeit gelangte dann eine weitere Zahl von Arbeiten und Untersuchungen über Scheintod, Rettungsmittel bei Erstickten, Ertrunkenen u. s. w. zur Veröffentlichung, eine Folge der damals entstandenen Rettungsanstalten, welche in verschiedenen Orten errichtet wurden. Von zahlreichen Dissertationen über Asphyxie und Mittel zur Wiederherstellung des Lebens seien unter anderen genannt: Wezler 1801, Cramette 1823, Lappenberg, Metzendorff, Schultze 1827, Donovan 1828 u. s. w.

Von etwa der Mitte des 18. Jahrhunderts an wurde, wie oben kurz angedeutet, eine grosse Reihe behördlicher Verordnungen erlassen, in welchen darauf hingewiesen wurde, dass es Pflicht eines jeden Menschen sei, seinem in Noth befindlichen Nebenmenschen beizuspringen und auch nicht unehrenhaft Scheintodte zu berühren. An zahlreichen Orten wurde gegen den Aberglauben und das Vorurtheil, dass man Scheintodte nicht anfassen dürfe, zu Felde gezogen. Ferner wurden, um die vorzeitige Beerdigung Scheintodter zu verhüten, auch die Zeichen des Scheintodes dem Publikum in behördlichen Bekanntmachungen dargelegt.

Diese Verfügungen häuften sich gegen Ende des 18. Jahrhunderts in erheblicher Weise. Einzelne Beispiele führe ich auch von diesen an. Zunächst eine Württembergische Verordnung von 1780:

„Von Gottes Gnaden Carl,
Herzog zu Würtemberg und Teck, etc. . . .
Unsern Gruss zuvor, Ehrsame, Liebe Getreue!

Wie gross Unsere Landes-Väterliche Vorsorge vor Unserer lieben und getreuen Unterthanen Gesundheit und Leben seye, davon sind Unsere verschiedentlich in das Land erlassene Landesherrliche Verordnungen so viele öffentliche Zeugnisse.

Wir ermüden aber in dieser Landes-Väterlichen Wachsamkeit niemalen. Unser Augenmerk auch auf die Beerdigung der Todten zu richten, und Uns also nicht hat verborgen bleiben können, dass in Unsern Landen vielfältig mit derselben allzusehr geeilet werde, und man vielmals besorgen müsse, dass Menschen begraben werden, bey welchen noch ein Leben seyn dürfte; und dass insbesondere vielfältig die böse Gewohnheit vorwalte, dass diejenige Kranke, von welchen man den Tod vermuthet, so bald kein Athem mehr an ihnen bemerkt wird, sogleich aus dem Bette weggeschaft, und mit verbundenem Maul und Angesicht, öfters kaum eingewickelt und zugedeckt, in eine kalte Kammer gelegt werden, auf diese Art aber manchmal Personen, welche

nur in einer dem Tod ähnlichen Schwäche liegen, wenn sie so schnell aus ihrer Wärme gerissen werden, sich nicht mehr erhohlen können, und die bey ihnen etwa noch vorhandene Lebens-Geister durch eine solche Behandlung vollends zerstört werden müssen: ingleichen dass die Beerdigung der Verstorbenen, vorzüglich auf dem Land, aus Bequemlichkeit, oder wegen eines einfallenden Feyertags oder Buss- und Bettags, und des dabey sich einfindenden grösseren Leichen-Conducts öfters allzufrüh vorgenommen werde, und dadurch manchmal noch nicht völlig Abgestorbene begraben zu werden Gefahr laufen:

So sehen Wir Uns, um diesem Unwesen soviel möglich zu steuern, und solche leidige Besorgnisse zu verhüten, nach Unsern tragenden theuren Regenten-Pflichten veranlasst, folgende gnädigste allgemeine Verordnung zu machen, dass

I) jede abgestorbene Person, wenn sie nicht eher aus- oder auflauft, wenigstens 6 Stunden lang, ohne etwas mit ihr vorzunehmen, auf ihrem Lager unter fleissiger Aufsicht gelassen werden, sofort, was

II) die Zeit der vorzunehmenden Beerdigung betrift, jeder geistliche Orts-Vorsteher bey jeglicher Leiche, welche ihm angezeigt wird, sich um die Art der Krankheit und des Todes genau erkundigen, und fürnemlich bey Krankheiten, welche mit Krämpfungen, Unmachten, hysterischen Zufällen, ohne grosse Hize, verbunden gewesen, die Beerdigung ordentlicher Weise nicht eher als zweymal 24 Stunde nach dem Tode gestatten, und in keinem andern Fall, als bey hizigen Krankheiten, wobey der Leichnam früher in die Fäulniss übergeht, und der gar bald sich einstellende üble Geruch das gewisseste Kennzeichen des ungezweifelten Todes ist, besonders, wann die Krankheiten epidemisch und contagios sind, und heisse Witterung einfällt, ein Ausnahme zu machen, auch

III) bey der wirklichen Einlegung des Leichnams in den Sarg, die Vorsicht genommen werden solle, dass diejenigen Personen, welche mit den Verstorbenen umzugehen pflegen, und respective von Obrigkeits-wegen dazu bestellt sind, als Leichensägerinnen, Schreiner etc. in Fällen, wo man durch das Aus- oder Auflauffen, oder den üblen Geruch von dem wirklichen Tod keine vollkommene Ueberzeugung hat, den entseelten Körper unter den Ribben und auf dem Bauch nachmalen mit gehöriger Aufmerksamkeit betasten, ob an demselben keine Wärme mehr zu verspüren seyn möchte.

Damit nun diese Unsere-alleinig auf die Verwahrung Unserer lieben und getreuen Unterthanen abzweckende Verordnung von jedermänniglich befolgt, mithin künftigen betrübten Unglücksfällen in Zeiten vorgebogen werde:

So versehen Wir Uns zu Euch in Gnaden, Jhr werdet dieselben Euren Amtsuntergebenen ordnungsmässig bekannt machen, auch die - bey Sterbfällen und Begräbnissen gewöhnlich gegenwärtige Personen, als die Stadt- und Amts-Physicos, Leichensägerinnen etc. nachdrücklich erinnern, nicht nur von selbst die - ihnen vorgeschriebene Sicherheits-Reguln fleissig zu beobachten, sondern auch, dass solches von andern geschehe, gehörige Sorge zu tragen; besonders aber die Ministros Ecclesiae auf dem Land gemessenst anweisen, dass solche über der hieoben gnädigst bestimmten Beerdigungszeit sträklich halten, und bey zu gewarten habender scharfer Ahndung und Unserer Ungnade sich keine Pflichts-widrige Nachsicht hierunter zu Schulden kommen lassen sollen. Daran geschiehet Unsere Meynung, und Wir verbleiben Euch in Gnaden gewogen. Stuttgard, den 8. Julii 1780.

Ex Speciali Resolutione Serenissimi Domini Ducis."

In anderen Verfügungen sind, da sie für Nichtärzte erlassen wurden, genaue Anweisungen zur Wiederbelebung Ertrunkener, Verschütteter u. s. w. gegeben. Beispiel hierfür ist folgende Württembergische Verordnung vom 1. März 1777:

Von Gottes Gnaden Carl,
Herzog zu Würtemberg und Teck, Graf zu Mömpelgart, Herr zu Heydenheim und Justingen etc.
Ritter des goldenen Vliesses und des Löbl. Schwäbischen Creyses General-Feld-Marschall etc. etc.

Unsern Gruss zuvor, Liebe Getreue!

Es ereignen sich auch in Unsern Herzoglichen Landen mehrmal die leidige Fälle, dass Menschen entweder aus Schwermuth oder Verzweiflung sich selbst erhenken, oder in das Wasser stürzen, oder ohne ihr Verschulden durch Unglük zerschiedener Art in Lebens-Gefahr gerathen, dass sie auf solche unglükliche Weise in das Wasser fallen, bei grosser Kälte erfrieren, oder auch in Kellern von dem Brausen des neuen Weins, in Zimmern vom Kohlen-Dampf, in lang verschlossen gewesenen Gewölbern, Bronnen-Quellen, Wasser-Behältern, Cloaken etc. durch giftige Dünste erstiket werden, welcherlei unglückliche Leuthe meistens zu Grund gehen müssen, wann die erforderliche Hülfe ihnen nicht in Zeiten wiederfährt, als durch welche viele derselben, wann gleich keine Empfindung, Wärme, Puls-Schlag und Athem mehr bei ihnen wahrgenommen worden, und nur die wirkliche Verwesung, so das einige untrügliche Zeichen des wirklichen Todes ist, noch nicht angesezt hatte, wiederum hergestellt, und bei dem Leben erhalten worden sind.

Wie es nun in dergleichen Fällen darauf ankommt, dass die dienliche Hülfs-Mittel schleunig, und soviel immer möglich ohne Zeit-Verlust vorgekehret werden; Wir aber berichtet worden sind, dass es an bedem bisher meistentheils theils aus Unwissenheit, theils aus Trägheit und Lieblosigkeit, oder auch aus einem unchristlichen und unvernünftigen Vorurtheil einer eingebildeten Unehrlichkeit gefehlet hat. Also sind Wir hierdurch bewogen worden, Unsere Landes-Vätterliche Vorsorge auch auf diese der menschlichen Gesellschaft so wichtige Angelegenheit zu erstrecken, und wollen daher, nachdem Wir sowohl die in dergleichen Fällen dienliche Hülfs-Mittel, und deren Anwendung, als auch die schädliche Hindernisse, und, wie diese aus dem Weeg zu räumen, genau haben untersuchen lassen, nunmehr zum ungezweifelten grossen Nuzen Unserer lieben und getreuen Unterthanen damit so umständlich, als ernstlich gnädigst verordnet haben, wie künftighin jedermänniglich bei vorkommenden solchen leidigen Fällen sich zu verhalten habe. Und zwar

I. Da bei dergleichen Verunglückten allervorderist das Haupt-Augenmerk darauf zu richten, dass ihnen soviel immer möglich eine schleunige Hülfe geleistet werde, indem bei langem Anstand die Rettungs-Mittel beschwerlicher und ungewisser, ja gar vergeblich werden, verordnen Wir

1. so gnädigst als ernstlichst, dass keiner Unserer Herzogl. Beamten, Magistraten, oder Commun-Vorsteher sich beigehen lassen solle, bei vorkommenden solchen Unglüks-Fällen unnöthige Jurisdictions- oder Markungs-Strittigkeiten zu erregen, und dadurch die schleunige Hülfs-Leistung zu hemmen. Vielmehr solle jederzeit die nächste Obrigkeit sich angelegen seyn lassen, unverzüglich besorgt zu seyn, dass die erforderliche Rettungs-Mittel behörig, und so schnell, als immer möglich angewendet werden: Inmassen das, was von einer Obrigkeit bei solchen Fällen zum Behuf der Rettung eines Verunglükten vorgenommen wird, niemal als ein Eingrif in die Jurisdictions- oder Markungs-Rechte angesehen, noch zu Begründung eines Besiz-Standes angeführet werden solle. Diesemnächst verordnen Wir

2. gnädigst, dass der erste der beste, welcher einen solchen Verunglükten antrift, selbigem unverweilt Hülfe leiste, dass er, ohne die Herbeikunft Obrigkeitlicher Personen zu erwarten, noch zu untersuchen, ob der Verunglückte vorsezlicher Weise, oder durch einen Zufall in die betrübten Umstände gerathen, ungeheissen sogleich

Hand anlege, und den Cörper, wenn er dazu hinlängliche Kräften hat, nach Beschaffenheit der Umstände aufhebe, aus dem Wasser ziehe, von dem Strik losschneide etc. und an Orth und Stelle bringe, wo die weitern Rettungs-Mittel angewendet werden können. Würde aber einer allein nicht genugsame Kräften zum Herausziehen und Wegbringen des Cörpers haben, so solle er den ersten, der ihm aufstösset, zur Mithülfe aufrufen, oder, wann niemand in der Gegend sich finden liesse, in den nächsten Orth laufen, und die zu Aufhebung und Fortbringung des Cörpers nöthige Personen (wozu die Schultheissen und Commun-Vorsteher jeden Orths ungesäumt verhülflich seyn sollen) herbeiholen.

3. Weil aber die leidige Erfahrung lehret, dass die Lieblosigkeit bei den meisten Menschen so gross und allgemein ist, dass sie, an statt ihrem Neben-Menschen in allen Gelegenheiten, besonders in Nothfällen, mit Hülfe beizuspringen, und hierunter ihre fürnehmste Menschen- und Christen-Pflicht zu beobachten und auszuüben, vielmehr, wo nicht gar über des Nächsten Unglük sich zu erfreuen, doch wenigstens kein Mitleiden und Barmherzigkeit vor ihn haben: So werden Wir durch Unser Herzogliches Consistorium veranstalten, dass die Gemeinden in einer schiklichen Casual-Predigt von der Pflicht, dergleichen verunglükten Menschen zu Hülfe zu eilen, und dass die Hintansezung derselben eine schwehre Verschuldung vor GOtt seye, nachdrücklich und überzeugend belehret werden.

4. Gleichwie nun solchergestalten ein jeder Mensch und Christ, besonders aber ein jedes Mitglied der burgerlichen Gesellschaft in seinem Gewissen überzeuget seyn muss, dass es verbunden seye, einem solchem Verunglükten beizuspringen; Und Wir daher nicht zweiflen wollen, dass ein jeder Unserer gnädigsten Erinnerung nachzukommen sich beeifern werde; in Ausübung dieser Pflicht aber einen und den andern vielleicht die Besorgniss eines ehrenrührigen Vorwurfs von andern zurückhalten möchte, wie denn in vorigen Zeiten man bei den Zünften sich jezuweilen hat einfallen lassen können, einem Zunftgenossen die seinem verunglükten Neben-Menschen geleistete Hülfe auf die unvernünftigste und sträflichste Weise zur Schande aufzurüken, und ihme desshalben einen in seiner Profession und Nahrung nachtheiligen Vorwurf zu machen: Also wollen Wir jedermänniglich, besonders aber die Zünften vor dergleichen ungerechten und unchristlichen Vorwürfen, so lieb ihnen ist, Unsre höchste Ungnade zu vermeiden, ernstlichst verwarnet haben. Besonders aber sollen die Scharfrichter und Cleemeister sich nicht unterfangen, bei dergleichen Unglüks-Fällen, wann sie nicht von Obrigkeits wegen berufen werden, sich einzumischen, oder jemand um desswillen, weil er an einer verunglükten Person Hand angelegt hat, nur im geringsten zu beeinträchtigen, massen widrigenfalls dieselbe mit harten Leibes-Strafen werden angesehen, oder nach befindenden Dingen gar aus Unseren Herzoglichen Landen ausgeschaft werden.

5. Wann einem solchen Verunglükten die erste schleunige Hülfe geschehen, und er an Orth und Stelle gebracht ist, wo man die fernere Rettungs-Mittel veranstalten kan: So sollen von den Anwesenden einige unverzüglich dem nächsten Beamten, wie auch dem nächsten Physico und Chirurgo von dem Vorfall Nachricht geben, welche, besonders die letzte, sofort sich schleunig an den Orth, wo der Verunglükte hingebracht worden, begeben, und nach ihrer Amts-Obliegenheit besorgen sollen, dass alle mögliche Rettungs-Mittel vorgekehrt werden.

Weil aber in dergleichen Unglüks-Fällen die Physici und Chirurgi öfters nicht bald genug bei der Hand sind, und es gleichwohl dabei fürnehmlich auf eine schleunige Hülfs-Leistung, und zugleich auch darauf ankommt, dass keine ungeschikte Mittel angewendet werdet: So wollen Wir anmit

II. Eine umständliche und deutliche Belehrung, wie mit solchen Verunglückten zu verfahren, gnädigst anfügen."

In dieser wird die Behandlung der Ertrunkenen, Erfrorenen, Erstickten, Erhängten angegeben, welche zuerst in den behördlichen Verfügungen berücksichtigt werden, während später die Aufmerksamkeit auch auf Verschüttete, scheintodte Neugeborene u. s. w. gelenkt wird. So enthält eine unterm 17. Februar 1794 vom König von Schweden für Stralsund erlassene Verordnung Rettungsvorschriften für

„1. Ertrunkene, 2. Erhängte oder Erwürgte, 3. Erfrorene, 4. Vom Kohlendampf und andern ähnlichen Dünsten Betäubte oder Erstickte, 5. Von faulenden Dünsten Betäubte und Leblose, 6. Von sauren metallischen und andern mineralischen Dünsten Erstickte, 7. Vom Blitz Gerührte, 8. In Ohnmacht Versunkene und Schlagflüssige, 9. Neugebohrne todtscheinende Kinder, 10. Scheintodte, von denen man nicht wissen kann, wie sie ums Leben gekommen."

Die wichtigsten behördlichen Verordnungen bezüglich der Errettung Verunglückter wurden in folgender Reihenfolge durch Struve u. A. veröffentlicht:

Die Kaiserliche von 1769.

Herzogl. Sachsen-Gothaische Verordnung, die leblos gewordenen und deren Rettung betr. v. 14. Dec. 1770. Fol.

Chursächs. Mandat die Rettung der im Wasser oder sonst verunglückten und für tod gehaltenen Personen betr. vom 26. Sept. 1773.

Churf. Bayersche Verordnung und Anweisung zu Rettung scheinbar toder Personen. München. 1775. 8.

Königl. Preuss. Edict vom 15. Nov. 1775 und vom 13. Jan. 1788.

Bernische Verordnung und Unterricht gleiches Inhalts. Bern. 1776.

Herzogl. Weimarsche Verordnung v. 21. Febr. 1776.

Strasburgische neue Verordnung die Ertrunkenen betreffend von 1777 und vom 6. Jul. 1782.

Hannöversche Universallandesverordnung und Unterricht etc. v. 24. Oct. 1780.

Braunschweig-Wolfenbüttelsche Verordnung und Unterricht v. 21. Dec. 1780.

Churf. Maynzisches Patent nebst umständlicher Medicinalverordnung der Hülfsmittel für Ertrunkene etc. v. 30. Mai 1783.

Herzogl. Meklenburgische Verordnung vom 16 Dec. 1783.

Die Erfurtische von 1783.

Die Rostocksche von 1784.

Die von mir angeführten Verfügungen von Schleswig-Holstein 1771, Württemberg 1777 und 1780 sind in diesen alten Veröffentlichungen nicht mit angeführt.

Es soll von genannten das Preussische Edict im Wortlaut wiedergegeben werden, da dasselbe weniger bekannt zu sein pflegt und eine Grundlage für viele später erschienenen gleichsinnigen Erlasse darstellt:

Edict wegen schleuniger Rettung der durch plötzliche Zufälle leblos gewordenen, im Wasser oder sonst verunglückten und für todt gehaltenen Personen, nebst Unterricht dieserhalb.

De Dato Berlin, den 15. Nov. 1775.

Wir Friederich, von Gottes Gnaden, König von Preussen, u. s. w., u. s. w.

Thun kund und fügen hiermit zu wissen, wie Wir aus Landesväterlicher Fürsorge für Unsere Unterthanen, um die öfters mögliche Rettung der durch plötzliche Zufälle leblos gewordenen, und durch einen sich selbst zugefügten oder sonst gelittenen gewaltsamen Tod umgekommenen, oder der auf eine oder die andere Art im Wasser verunglückten, wie auch der erfrornen, durch schädliche Dünste erstickten, erdrosselten oder erhenckten Personen, in alle Weise zu befördern, allergnädigst resolviret haben, alle nur mögliche Vorkehrungen deshalb zu treffen und zu veranstalten.

Wie Wir nun des Endes zuvörderst die aus alten Zeiten und Gebräuchen herrührende, einer gesunden Vernunft und Religion entgegen laufende lieblose Vorurtheile des gemeinen Mannes, dass nehmlich die von einem, oder andern dergleichen verunglückten Personen zu leistende Beyhülfe, derselben Ehre einen Nachtheil verursache und zuziehe, hiermit gäntzlich abzustellen nöthig finden: Als verordnen und befehlen Wir dahingegen hiermit in Gnaden, dass

I. von nun an ein jeder, ohne Ausnahme des Standes, der solche todt scheinende Cörper antrift, ohne den mindesten Verzug, und ohne dass es in diesen Fällen einer gerichtlichen Aufhebung und Feyerlichkeit bedarf, selbst gleich hülfliche Hand leisten, oder wenn solches von ihm nicht allein geschehen kann, sich der Hülfe anderer auf das schleunigste herbey zu rufenden Menschen bedienen und solchergestalt einen Erhenckten sogleich los zu schneiden, und den Strick oder das Band vom Halse abzulösen, einen im Wasser Ertrunckenen sogleich heraus zu ziehen, einen auf öffentlichen Landstrassen, anderen Wegen, oder in den Waldungen angetroffenen Erfrornen ohnverweilt aufzuheben, sodann in den nächsten Ort oder das nächste Haus zu schaffen, schuldig und gehalten seyn solle.

II. Ist, sobald diese erste Hülfe geleistet worden, der Vorfall der Obrigkeit des Orts, von einem der gegenwärtigen Personen anzuzeigen, mit Anwendung der in der Beylage vergeschriebenen Rettungs-Mittel, ohne die Ankunft der Gerichtspersonen, oder der des Ortes befindlichen Aerzte und Wundaerzte zu erwarten, sofort der Anfang zu machen, damit nach den Vorschriften zu verfahren, und zu versuchen, ob der Verunglückte dadurch wieder zum Leben zu bringen seyn möchte.

III. Muss eine jede Obrigkeit, welcher zuerst die Nachricht von solchergestalt verunglückten Personen hinterbracht wird, es mögen selbige unter deren oder einer anderen Obrigkeit Jurisdiction gefunden werden, daferne es nicht bereits geschehen, bey Vermeidung ernster Ahndung, die zur Aufhebung oder Abnehmung derselben, nicht minder zu Anwendung der erforderlichen Mittel, um dergleichen Verunglückte wieder zum Leben zu bringen, nöthige Veranstaltungen, alsobald, ohne irgend einigen Aufschub vorkehren, und dass hierunter nichts verabsäumet wird, genaue Acht haben und behörige Obsicht führen, und solches der Jurisdiction derjenigen Obrigkeit, wo der Cörper gefunden und aufgehoben worden, zu keinem Nachtheil gereichen, vielweniger aber als Eingrif in die, einer anderen Obrigkeit zustehende Gerichtsbarkeit angesehen, noch als ein Actus possessorius gegen selbige angeführet werden.

IV. Soll demjenigen, welcher eine für ertruncken, erfroren, erstickt oder erdrosselt gehaltene Person zuerst antrift, und solche in dem zunächst gelegenen Ort zu weiterer Besorgung untergebracht hat, im Fall der Verunglückte dadurch und durch die mit ihm angestellten Versuche wieder zum Leben gebracht wird, ein Douceur von Zehen Thaler, wenn aber die angewandte Bemühung diesen Erfolg auch nicht gehabt hat, dennoch ein Douceur von Fünf Thaler, aus Unsern resp. Creyss- oder Krieges-Cassen jeder Provintz, gegen die jedesmal darüber beyzubringende obrigkeitliche Bescheinigung ausgezahlet werden; wie dann auch

V. die bey der Aufhebung eines solchen verunglückten Menschen verwandte, oder durch den Gebrauch der vorgeschriebenen Mittel verursachte Unkosten,

nach deren jedesmaligen Bescheinigung und Vergewisserung, dass die verordneten Mittel auch würklich zur Rettung des Verunglückten angewandt worden, im Fall solche aus dessen Vermögen nicht erfolgen können, ebenfalls aus obbemeldeten Unsern Creyss- oder Krieges-Cassen erstattet und bezahlet werden sollen. In den Fällen aber, wo gleich anfangs bemerket wird, dass bey einem dergleichen verunglückten Menschen keine Mittel mehr helfen können, als wenn unter andern die Person schon seit einigen Tagen verunglückt ist, und wohl gar bereits in die Verwesung gehet, bleibet es in Ansehung der Aufhebungs-Kosten bey der bisherigen Verfassung.

VI. Behalten Wir Uns vor, diejenigen, welche diesem Edicte zuwider handeln, sich in der darinnen anbefohlnen Hülfsleistung säumig finden lassen sollten, oder etwas vernachlässigen, mit nachdrücklicher, und befundenen Umständen nach mit Leibes-Strafe zu belegen; wie dann ausdrücklich hiermit festgesetzet wird, dass von nun an die Rettung der oberwehntermassen Verunglückten sowohl, als das Abschneiden der Erhenckten, niemanden an seiner Ehre und guten Nahmen irgends zum Schaden oder Nachtheil gereichen soll, auch diejenige, welche denen Personen, die Ertrunckene aus dem Wasser gezogen, Erfrorne oder Erstickte aufgehoben, oder einen Erhenckten abgeschnitten, dieserhalb Vorwürfe zu machen sich unterfangen sollten, mit empfindlicher Leibes- auch nach Befinden mit Zuchthaus- und Festungsbau-Strafe beleget, imgleichen, daferne gantze Innungen, Gilden, Zünfte oder Gemeinden sich dergleichen Ungebührnisse zu Schulden kommen lassen, diese, aller ihrer Privilegien, Rechte und Freyheiten verlustig, auch hierüber annoch die einzelne Mitglieder derselben, so die andern dazu angereitzt oder verleitet, gleich anderen mit vorbestimmten Strafen angesehen werden sollen; nicht minder die Hauswirthe und Einwohner, welche die Pflichten der Menschlichkeit sogar dergestallt vernachlässigen dürften, dass sie in dergleichen unglücklichen Fällen denen Hülfeleistenden, in Ansehung der Aufnahme der Verunglückten, unerhebliche Schwierigkeiten zu machen sich erdreisten sollten, und ihnen wohl gar die vorräthige Hülfs-Mittel, Leinenzeug, Feuerung und Lagerstätte versagen, mit nachdrücklicher Leibes-Strafe beleget, dahingegen aber denenjenigen, so sich hierunter willig finden lassen, eine billigmässige Vergütigung deshalb angedeihen soll.

Wir befehlen demnach so gnädig als ernstlich, allen und jeden Unserer Unterthanen, sich hiernach auf das genaueste zu achten, insonderheit aber Unseren hohen und niedrigen Krieges- und Civil-Bedienten, Krieges- und Domainen-Cammern, Magisträten in den Städten, Beamten und allen andern Gerichts-Obrigkeiten auf dem Lande, den Richtern, Schultzen und Schöppen in den Dörfern, und dem Officio Fisci; mit allem gehörigen Ernst und Nachdruck über dieses Edict, dessen Befolgung ohnedem die ersten Pflichten der Menschlichkeit erheischen, zu halten, die, so dawider handeln, resp. anzuzeigen und zur verdienten Bestrafung zu ziehen.

Damit sich auch niemand mit der Unwissenheit entschuldigen möge: So soll dieses Edict nicht allein für jetzo von den Kanzeln einmahl nach der Predigt öffentlich verlesen, sondern auch überdem sowohl in den Städten als auf den Dörfern, an öffentlichen Orten angeschlagen und angehangen werden.

Urkundlich unter Unserer Höchsteigenhändigen Unterschrift und beygedruckten Königlichen Innsiegel. So geschehen und gegeben zu Berlin, den 15. November 1775.

(L. S.) Friedrich.

v. Blumenthal. v. Derschau. v. Zedlitz.
B. v. d. Schulenburg. v. Görne.
v. Gaudi.

Beylage zu Vorigem.

Unterricht, durch welche Mittel plötzlich verunglückte, todt scheinende Personen in den meisten Fällen gerettet werden können.

Die Aertzte sind aus oft wiederholten sichren Erfahrungen überzeugt, dass die meisten im Wasser verunglückte, erhenckte, durch schädliche Dämpfe betäubte, oder vor Kälte erstarrte Personen ins Leben zurück gebracht werden können, wenn ihnen schleunige, vernünftige und anhaltende Hülfe geleistet wird.

Unwissende halten dergleichen Personen für todt, weil sie nicht mehr Athem holen, unempfindlich sind, wenn sie auch gerüttelt, mit Wasser oder starkriechenden Feuchtigkeiten angesprenget, gebrannt u. s. w. werden, und weil nicht der geringste Puls-Schlag, weder in einer äusseren Ader, noch am Herzen bey ihnen gespühret wird, auch wohl bey der ersten Aderlasse kein Blut kommt. Aber diese vermeinte Todes-Zeichen sind alle trüglich, und man hat bewährte Hülfs-Mittel, wodurch der scheinbar Todte, wenn auch die gedachten Anzeigen alle vorhanden wären, dennoch oft gerettet worden.

Einige dieser Hülfs-Mittel kan nur ein Artzt verordnen, oder ein Wundartzt appliciren, weil Vorsicht oder besondere Kunstgriffe erforderlich sind, wenn sie nicht schaden sollen. Andere sind von der Beschaffenheit, dass jeder Ungelehrter sie ganz leicht und ohne Bedenken anwenden kan. Von diesen letzteren soll gegenwärtiger Unterricht handeln.

Drey allgemeine Anmerkungen sind hier vorauszusetzen:

Erstlich. So bald ein scheinbar Todter gefunden wird, muss sogleich, der Sicherheit wegen, ein Artzt oder Wundartzt herbeygerufen werden, weil man nicht weiss, ob nicht kunstmässige Hülfe nöthig seyn möchte. Indessen verfahren die Umstehenden, ohne auf jener Ankunft zu warten, unablässig mit den bey jedem Falle unten zu lehrenden Mitteln.

Zweytens. Man muss nicht ablassen, wenn die angewandten Mittel keine schleunige Wirkung äussern, sondern dem ohngeachtet einige Stunden damit fortfahren. Denn es ist oft bemerket worden, dass alle Bemühungen eine geraume Zeit vergebens geschienen und am Ende doch geholfen haben; oder dass ein Mittel angeschlagen, wenn alle übrigen schon umsonst versucht waren.

Drittens. Selbst dem Artzte oder Wundartzte muss nicht geglaubet werden, wenn er auf dem blossen Augenschein, oder nach ein paar flüchtigen Proben einen solchen unglücklichen Menschen für todt erkläret. Denn in diesen Fällen kan auch der erfahrendste Artzt, ohne wiederholte Versuche, nicht mit Gewissheit wissen, ob der Tod wirklich da, oder ob die Rettung noch möglich sey.

Sollten alle unten vorkommenden Hülfs-Mittel in einem oder etlichen Fällen fruchtlos gewesen seyn; so lasse sich ja niemand abschrecken. Alle diese Mittel sind von vielen gelehrten und sorgfältigen Aertzten so genau geprüft, und in den meisten Fällen so hülfreich gefunden worden, dass man sie sicher als die besten unter den bisher entdeckten empfehlen kan, ob sie gleich, wie jede Artzeney, nicht Wunder thun, oder in allen Fällen ohne Ausnahme helfen können. Der mitleidige Freund der Unglücklichen, wende sie mit Zutrauen immer an, wenn er einen solchen traurigen Zufall findet. Denn er kann niehmals beurtheilen, ob nicht die Rettung noch möglich sey; und ist sie es nicht, so hat er die Beruhigung, das Leben eines Menschen nicht verwahrloset zu haben.

## Erster Abschnitt.

### Von Hülfs-Mitteln für Ertrunckene.

I. Wenn ein lebloser Körper im Wasser oder am Ufer gesehen wird, muss schleunigst Anstalt gemachet werden, ihn behutsam aufs Trockne zu bringen. Die

alte Gewohnheit, im Wasser verunglückte Personen auf den Kopf zu stellen, oder über Fässer zu rollen, womit gemeiniglich die Hülfleistung anfänget, ist von den besten Aertzten gefährlich, wenigstens nicht nothwendig gefunden worden. Man muss sie also durchaus vermeiden. Vielmehr wird der scheinbar Todte ohne Verzug in das nächste Haus gebracht. Ist ein Fuhrwerk zu erlangen; so muss man Stroh, Matten, oder sonst etwas weiches unterbreiten. Man trage auch bey der Fortbringung, sie geschehe nun auf welche Art sie wolle, Sorge, dass der Kopf nicht niederhange, sondern etwas erhöhet und seitwärts geleget werde. Dass das Fuhrwerk langsam fahren müsse, verstehet sich von selbst.

2. Wenn man an einem bequemen Orte angelanget ist; so wird der Verunglückte in ein nicht warmes Gemach gebracht, gantz entkleidet, überall mit trocknen, wenn es seyn kan, gewärmten Tüchern gerieben, und in ein Bette, oder sonst auf ein weiches Lager, wie man es haben kan, geleget, und mit leichten gewärmten Betten, oder oft gewärmten anderen Decken bis an das Gesichte bedecket, oder auch mit warmer Asche, warmen Salze, oder gewärmten Sande, bis an den Hals so dick als immer möglich bestreuet. Man reibe ihm die Hände, die Füsse und den Rücken, mit warmen Tüchern, (am besten mit rauhen wollenen) allenfalls auch mit einer weichen Bürste, drücke und bewege auf eine gelinde Art mit gewärmten Händen den Unterleib, besonders gegen die Herz-Grube zu; und fahre mit diesem Reiben eine lange Zeit fort.

3. Wenn ein Wundartzt zugegen ist; so wird er nicht ermangeln, sogleich eine Ader zu schlagen, und zwar die Drossel-Ader am Halse, weil diese Ader in solchen Fällen noch am leichtesten Blut giebet. Ist kein Wundartzt zu erlangen, oder ist kein Blut gekommen; so fähret man doch mit den anderen Hülfs-Mitteln fort. Im letzten Falle aber, (wenn kein Blut gekommen) muss beständig jemand nach der Oeffnung der Ader sehen. Denn die Erfahrung hat gelehret, dass während der fortgesetzten Cur das Blut zu fliessen anfänget; und dessen Verlust könnte dem Kranken gefährlich werden, wenn niemand Acht darauf hätte.

4. Ferner muss man, ohne jedoch mit dem Reiben nachzulassen, bemühet seyn, warme Luft in die Lunge zu bringen. Dieses geschiehet am kurtzesten, wenn ein gesunder starker Mensch seinen Mund auf den Mund des scheinbar Todten leget, und ihm zu wiederholten mahlen mit Nachdruck viel Luft einbläset; wobey aber dem Kranken die Nase zugehalten werden muss, damit die Luft desto gewisser in die Lunge dringe. Will dieses niemand thun; so kan man einen Blasebalg oder sonst eine vorhandene Röhre brauchen. Die Oeffnung der Röhre wird mit nasser Leinwand umwunden. Wenn sie in den Mund des Kranken gebracht ist, drückt ein Mensch die Lippen desselben ringsum festdaran, und ein anderer bewegt den Blasebalg ein paar mahl langsam auf und nieder, oder bläset langsam, doch mit Nachdruck, in die Röhre. Man kan auch Tobacks-Rauch in den Mund einblasen; um die Lunge zu reitzen. Bey allen diesen Versuchen muss die Nase des Kranken fest zugehalten werden.

5. Zu gleicher Zeit muss man dem Kranken, so viel Tobacks-Rauch als möglich durch den Mastdarm in den Unterleib treiben. Es sind zu diesen sogenannten Tobacks-Clystiren eigene bequeme Instrumente erfunden worden. Doch kann die Sache auch kürtzer bewerkstelliget werden, auf zweyerley Art: Man bestreicht das Ende eines Pfeiffen-Rohrs mit Oehl, und bringet es in den Mastdarm des Kranken. Das andere Ende nimmt ein Mensch in den Mund, welcher zugleich aus einer anderen Pfeiffe starck Toback raucht. Den aus dieser gezogenen Rauch nun bläset er in jenes Rohr, und treibet solchergestallt so viel Rauch als er nur immer kan, in den Unterleib des Kranken. Oder man zündet zwey Pfeiffen an, hält die Köpfe fest zusammen,

bringet das mit Oehl bestrichene Ende des einen Stiels in den Mastdarm des Kranken, und durch das andere bläset ihm ein Mensch den aus beyden Pfeiffen gestossenen Rauch ein. Knaster und Brasilien-Toback, sind hierbey am würcksamsten. Doch thut auch schlechterer im Nothfall gute Dienste.

6. Während dieser Verrichtungen reibe man das Gesicht und besonders die Schläfe des Kranken mit warmen Essig oder wohlriechendem Spiritus, halte ihm auch die stärcksten flüchtigen Wässer unter die Nase, z. E. den flüchtigen Hirschhorn-Geist, den flüchtigen Salmiak-Geist u. s. w., auch wohl, wenn nichts anderes bey der Hand ist, scharfen Essig, oder starken Brandtwein. Man blase ihm ferner von Zeit zu Zeit Schnupf-Toback, oder ein Niese-Pulver aus Violen-Wurtzel, Majoran, Raute, Pfeffer, oder Niesewurtz, jedoch in kleinen Prisen und nicht allzu heftig, in die Nase-Löcher. Dadurch werden die Nerven zur Bewegung gereitzt.

7. Mit diesen abwechselnden Bemühungen muss man einige Stunden nicht ermüden. Mittlerzeit kann das Gemach, wo der Kranke lieget, nach und nach, doch mässig, warm gemachet werden.

8. So lange kein Lebens-Zeichen wahrzunehmen ist, wäre es nicht nur unnütz, sondern auch gefährlich, dem Kranken Feuchtigkeiten einzuflössen. Man muss sich sogar hüten, ihm, wenn er auch wieder zu sich selbst kömmt, sogleich einiges Getrăncke oder flüssige Arzeneyen zu reichen. In diesen ersten Augenblicken sind alle Werkzeuge noch so schwach, dass er leicht unglücklich schlucken könnte.

9. Dagegen wird der Wiederauflebende in ein gewärmtes Bette gebracht. War er bisher mit Asche oder Salz bestreuet gewesen, so reibet man ihn mit warmen Tüchern sanft ab. Wenn er dann vermögend ist zu schlucken, so gebe man ihm nach und nach jedesmahl einen Theelöffelvoll warmen Thee, oder warmes Bier mit Meerzwiebel-Honig vermischt, oder in dessen Ermangelung ein wenig warmes Wasser mit Essig oder Wein gemischt; und reibe ihm immerfort die Füsse, Hände und den Rücken mit warmen Tüchern.

10. Wenn alle diese Hülfe geleistet ist; so überlasse man den Kranken der Vorsorge des Artztes, welcher das übrige zu seiner Wiederherstellung und zur Cur des Fiebers, das gemeiniglich auf solche Zufälle folget, besorgen wird.

## Zweyter Abschnitt.

### Von Hülfs-Mitteln für Erhenckte oder Erwürgte.

Wenn ein Mensch am Halse hängend, oder durch irgend eine äussere Gewalt, mittelst eines um den Hals geschnürten Bandes, erwürgt, ohne alle Lebens-Zeichen gefunden wird, so ist die schleunigste Hülfe nöthig: sonst ist der Tod unvermeidlich. Hoffentlich wird niemand, wer er auch sey, aus falscher Schaam, albernem, durch das jetzige Edict bürgerlicher Strafe unterworfenem Vorurtheil, oder aus kindischem Eckel, Anstand nehmen, dem Unglücklichen unverzüglich zu helfen, wenn er bedencket, dass der gegenwärtige Augenblick der einzige ist, da ein Mitgeschöpf gerettet werden kann.

Diese Rettung wird durch folgende Mittel versuchet:

1. Das allererste, allernöthigste ist, dass derjenige, der zu einem so kläglichen Anblicke kommt, ohne sich zu bedenken, ohne erst um Hülfe zu rufen, das Band, oder was es seyn mag, abschneide, womit der Verunglückte aufgehängt, oder gewürgt ist. Wenn der Fall einen Gehängten betrift, so wird jeden die Menschlichkeit erinnern, so viel möglich Sorge zu tragen, dass der Cörper im Herabfallen nicht Schaden leide.

2. Der Todtscheinende wird bald, mit Behutsamkeit, in das nächste Haus gebracht, und in einem Gemach, worinnen weder Dunst noch viel Wärme ist, auf ein

bequemes Lager ausgestrecket und so geleget, dass der Kopf und die Brust aufrecht liegen und nicht gepresset werden. Hierauf, oder wenn die Fortbringung sich verzögert, noch eher, löset man zuerst die Kleidungsstücke, wodurch die Bewegung der innern Theile gehindert werden kan, als: das Halsband, die engen Kleidungsstücke auf der Brust und dem Unterleibe, Strumpf-Bänder, Handknöpfe u. s. w., und entkleidet ihn dann völlig.

3. Ist ein Wundartzt bey der Hand; so wird er bedacht sein, eiligst die grosse Ader am Halse (Drossel-Ader) zu öfnen, jedoch, wenn Blut erfolget, sich hüten, dass dessen nicht zu viel verlohren gehe. In diesem Falle ist Anfangs eine zu reichliche Aderlasse schädlich; besser ist es, sie im Verfolg der Cur noch einmahl zu wiederholen.

4. Fliesset das Blut nicht; so wird der ganze Cörper, vornehmlich aber der Hals und das Gesicht, mit warmen Tüchern, welche auch wohl mit warmem Essig angefeuchtet werden können, gerieben. Auch können Servietten in warmes mit Essig gemischtes Wasser eingetaucht, wohl ausgewunden, und um den Kopf und Hals geschlagen werden. Die Hände, Füsse und den Rückgrad reibe man mit Tüchern oder Bürsten, so wie oben bey dem ersten Abschnitt No. 2 vorgeschrieben worden.

5. Das Einblasen in die Lunge, imgleichen Tobaks-Clystire sind hier höchstnöthig. Wie mit beydem verfahren werde, ist in dem ersten Abschnitt No. 4 und 5 gelehret.

6. Man kan dem Kranken wohlriechende starke Spiritus unter die Nase halten. Hingegen wäre es in diesem Falle schädlich, ihm diejenigen reitzenden Mittel, welche in dem ersten Abschnitte No. 6 beschrieben worden, in die Nase zu blasen. Das muss gäntzlich unterlassen werden.

7. Wenn dann der Krancke Merckmahle des Lebens von sich giebet; so muss man ihm etwas warmen Thee, mit Citronen-Saft, oder Essig, oder wenigem Wein vermischt, jedoch nur nach und nach, und in geringer Menge, einzuflössen bemühet seyn.

8. Ohne alles Bedenken kan ihm auch ein Clystir von Milch oder Habergrütz-Schleim, mit wenigem Salze, gegeben werden.

9. Die weiteren Genesungs-Mittel zu verordnen, überlasse man dem Artzte, welcher beurtheilen wird, ob eine wiederhohlte Aderlasse nöthig oder nützlich sey, auch Anweisung geben wird, was dem Kranken zur Erquickung gereichet werden darf.

### Dritter Abschnitt.

### Von Hülfs-Mitteln für Personen, welche von schädlichen Dämpfen betäubet oder ersticket sind.

Man hat viele Beyspiele, dass gewisse schädliche Dünste den Menschen alles Bewusstseyns berauben, auch wohl gäntzlich ersticken können. Dergleichen Dünste sind, unter andern, in seit langer Zeit nicht eröfneten Gewölben, in tiefen Kellern, in Kellern, worinnen eine Menge gährendes Bier oder junger Wein, auch wohl Brandtwein lieget. Dahin gehöret auch der Kohlen-Dampf. Dampf von Oehl- oder Trahn-Lampen, der Dampf vom Ofen, besonders, wenn er mit Rinde oder Gerber-Lohe geheitzet wird.

Einige von diesen Dünsten betäuben nur. Man erkennet es daran, dass der Mensch zwar ohne Lebens-Zeichen lieget, jedoch noch einiger Athem zu merken ist. Die Betäubung ist der erste Grad des Erstickens.

Andere ersticken gäntzlich. Da ist der Mensch völlig einem Todten gleich, schöpft nicht mehr Athem, bleibet ohne Gefühl, wenn man ihn gleich rüttelt, brennet u. s. w. und hat mehrentheils den Mund gesperret. Doch pfleget ein schleimigter zäher Schaum davor zu liegen.

In beyden Fällen bestehet die erste Hülfe darinnen, dass man einen solchen Unglücklichen schleunigst an die frische Luft bringe, und ihn von allen engen oder drückenden Kleidungsstücken, so wie im zweyten Abschnitt No. 2 gelehret worden, befreye.

Die bloss Betäubten erhohlen sich oft bald, wenn sie mit Wasser angesprützt, wenn ihnen scharfriechende Sachen unter die Nase gehalten, oder ein paar Prisen Toback nach und nach behutsam in die Nase geblasen werden.

Ist aber in höherem oder geringerem Grade, eine wirkliche Erstickung vorhanden, alsdann wird mehr Bemühung und Zeit erfordert. Die bewährtesten Hülfs-Mittel in solchen Fällen sind folgende:

1. Man bringet den Verunglückten, welcher bereits der beschwerlichsten Kleidungsstücke entlediget ist, in ein kühles Gemach, worinnen die Fenster offen seyn müssen, die Witterung sey wie sie wolle. Man setzt ihn in eine Stellung, dass der Oberleib aufgerichtet ist, die Schenkel aber niederhangen, und setzt die Schenkel bis an die Knie in ein lauwarmes Fussbad, welches nach und nach mehr erwärmet werden kan.

2. Wenn ein Wund-Artzt zu erlangen ist; so wird er unverzüglich eine Ader, und zwar, wo möglich, am Halse öfnen.

3. Die Umstehenden halten indessen dem Kranken scharfriechende Sachen an die Nase, blasen ihm auch reitzende Mittel in die Nase, nach der Anweisung im ersten Abschnitte No. 6.

4. Man muss ferner sich äusserste Mühe geben, den gewöhnlicher Weise gesperreten Mund des Kranken zu öfnen, und ihm nach dem Unterricht im ersten Abschnitt No. 4 Luft einzublasen.

5. Tobaks-Clystire sind hier ebenso heilsam, als in den vorher erwähnten Fällen. Die Art, sie zu appliciren ist im ersten Abschnitte No. 5 gelehret.

6. Oder man kan auch dem Kranken ein Clystir geben, aus einer Handvoll Rauchtobak mit einem starken Löffel Salz, in einem Nössel Wasser gekocht.

7. Endlich hat man in vielen Fällen schleunige Hülfe verschaffet, wenn der ganz nackende Cörper des Erstickten öfters mit vielen Eymern kalten Wassers begossen wird.

Anmerkung. Personen, welche vom Schwefel-Dampfe des Blitzes ersticket sind, können in der Eyl, nach obiger Vorschrift, eben so, wie andere Erstickte behandelt werden. Nur kan man in diesem Falle, oder auch, wenn jemand vom Kohlen-Dampfe ersticket ist, nicht genug eilen, einen Artzt oder Wund-Artzt herbeyzuschaffen.

## Vierter Abschnitt.

### Von Hülfs-Mitteln für Erfrorne.

Jedermann weiss, dass Leute, welche sich einige Zeit in strenger Kälte befinden, sich oft ein Glied erfrieren, oft auch gäntzlich erstarren. Im ersteren Falle ist die Cur unfehlbar und leicht, wenn der Leidende nicht damit säumet. Im anderen Falle ist die Wiederherstellung meistentheils möglich, wenn die gehörige Mittel angewendet werden. Hier ist der Ort zum Unterricht für beyde Fälle.

Dass ein Glied erfroren sey, bemerket man daran, wenn es weiss, unempfindlich und unbeweglich ist. Wer dieses wahrnimmt, bedecke und reibe den leidenden Theil mit Schnee oder kalten Wasser, worinnen zerstossenes oder zerschabtes Eis lieget, so lange, bis er darinnen eine Hitze und ein brennendes Jücken empfindet. Alsdann sind die innerlichen Lebens-Bewegungen wieder hergestellet. Jedoch muss er sich nicht an einen warmen Ofen, oder an ein Feuer wagen.

Völlig erstarrte, leblosscheinende Personen, werden auf folgende Art in den meisten Fällen gerettet.

1. Man hüte sich, den erfrornen Körper in ein warmes Gemach oder Bette zu bringen. Dieses würde ihn ohne Hülfe tödten. Vielmehr legt man ihn an einem kalten Orte in den Schnee, und bedeckt ihn damit gantz dicke, dergestallt, dass nur der Mund und die Nasen-Löcher offen bleiben. Der Schnee wird überall fest angedrücket; und wenn an diesem oder jenem Theile der Schnee zu schmelzen anfänget, so leget man frischen Schnee auf.

2. Träget sich der Zufall in einer trockenen Kälte zu, da kein Schnee lieget; so mache man leinene, zwey- bis dreyfach zusammengelegte Tücher, in eiskaltem Wasser, worinn zerstossenes oder geschabtes Eis geworfen worden, sehr nass, und hülle damit den gantzen Körper so ein, wie es in der vorhergehenden Nummer beschrieben worden, trage auch Sorge, dass, wenn ein Fleck trockener, als die übrigen zu werden scheinet, die Stelle sogleich mit frischen Tüchern umhüllet werde. Dass man die Tücher, wenn auch keine Würkung gemercket wird, öfters von neuen eintauchen müsse, verstehet sich von selbst.

3. Mit beyderley in den vorstehenden Nummern angerathenen Mitteln fähret man, nach Beschaffenheit der Umstände, fort, bis der Erstarrete völlige Merckmahle des Lebens von sich giebet.

4. Hat man es so weit gebracht; so trockne man ihn mit gewärmten Tüchern, und bringe ihn in ein gewärmtes Bette. Doch muss dieses in einem kalten Gemache stehen. Man gebe ihm auch, sobald er vermögend ist zu schlucken, allmählig eine Schale Thee, welcher mit wenigemWeine, oder etwas Essig vermischet ist.

5. Erfrorne Personen, wenn sie sich schon erhohlet haben, sind noch immer einem Schlag-Flusse, oder anderen übelen Zufällen ausgesetzet. Um dieses zu verhüten, muss man, während der ersten Hülfs-Leistung, einen Wund-Artzt herbeyschaffen, damit nach der Erhohlung bald eine Ader geöffnet werden könne. Auch ist alsdann ein Pulver sehr würksam, welches bestehet aus

Gereinigtem Salpeter,
Vitriolisirtem Weinstein,
oder an dessen Stelle,
Diaphoretischen Antimonio.
von jedem 8. Gran.
Campher 1. Gran.

Hiervon kan man dem Krancken, wenn er anfänget sich zu erholen, alle drey Stunden etwa eine Messer-Spitze voll geben.

6. Im Fortgange der Besserung wird der Krancke mit Suppen und leichten Speisen gepfleget, auch kan das Gemach, wo er lieget, nach und nach erwärmet werden.

7. Sollte nach der Erhohlung noch ein einzelnes Glied fühllos bleiben: so wird es so lange mit Schnee oder genetzten Tüchern, nach derVorschrift No. 1 und 2 bedeckt, bis die Empfindung wieder kommt.

8. Allen weiteren Rath suche man bey dem Artzte, welcher auch die eigentliche Nach-Cur besorgen wird.

Anmerkung.

Wer sich der Kälte aussetzen muss, wird aufs dringendste gewarnt, sich hitziger Geträncke, besonders desBranndteweins zu enthalten. Sonst setzt er sich der Gefahr aus, von einer unüberwindlichen Neigung zum Schlafe überfallen zu werden, und alsdenn im Schlafe umzukommen. Sicherer ist es, wenn dergleichen Personen warmes überall zu habendes Bier mit etwas Ingwer zur Erwärmung zu sich nehmen.

Die in diesem Edict erwähnte Rettungsprämie, welche auch noch heute in Preussen bei Wiederbelebungsversuchen Verunglückter zur Auszahlung gelangt, wurde noch genauer durch folgende „Declaration" bestimmt:

Declaration des Edicts wegen zu belohnender Rettung der ertrunkenen Personen. De Dato

Berlin, den 24. Juny 1788.

Friedrich Wilhelm König u. s. w. Unsern u. s. w. Indem unterm 13. Jenner dieses Jahres erlassenen Publicando, und dessen §. 4. ist, nach Massgabe des Edicts vom 15. Novembr. 1775., denenjenigen, welche sich bey Rettung einer für ertrunken, erfrohren, erstickt oder erdrosselt gehaltenen Person thätig beweisen, wenn das Leben dadurch gerettet wird, eine Gratification von 10 Rthlr., im Entstehungsfall aber von 5 Rthlr. aufs neue verheissen worden.

Da Wir jedoch nunmehro resolviret haben, vorbemeldte Disposition des Publicando vom 13. Jenner c. dahin zu declariren, dass fernerhin die Gratification in gedachten Rettungsfällen nur auf resp. 5 Rthlr. und 2 Rthlr. 12 Gr. jedesmahl statt finden, in Absicht der Chirurgorum es hingegen bey den ad §. 7 festgesetzten doppelten Satz um so mehr verbleiben soll, weil zu vermuthen, dass, wenn die Chirurgi sonst ihre Pflicht thun, sie wohl einige Tage mit einen solchen Verunglückten Beschäftigung haben können; So machen Wir Euch solches zur eurer Nachricht und Achtung in vorkommenden Fällen hierdurch bekannt, und habt Ihr deshalb das weiter Erforderliche zu verfügen. Sind Euch mit Gnaden gewogen. Gegeben Berlin, den 24. Jun. 1788.

Auf Special-Befehl.

v. Blumenthal, v. Gaudi, v. Werder, v. Mauschwitz, v. Schulenburg.

An sämmtliche Krieges- und Domainen-Cammern auch Deputationen excl. Schlesien.

Diese Prämie wurde auch in vielen deutschen und anderen Ländern ausgezahlt und gelangt noch heute zur Vertheilung, indem Aerzte, Heilgehülfen, Polizisten für die Wiederbelebung Scheintodter im Falle der Rettung 30. M., bei erfolglosen Bemühungen 15 M. erhalten.

Patent des Holsteinischen Obergerichts, betreffend eine nähere Bestimmung der Prämie für die Rettung der durch plötzliche Unglücksfälle dem Anschein nach leblos gewordenen Personen, vom 1. März 1814. (Chron. Samml. p. 10.) Se. Königl. Majestät haben unterm 22. v. M. Allerhöchst unmittelbar festzusetzen geruht, dass in den Herzogthümern Schleswig und Holstein die in der Verordnung vom 25. April 1772 bestimmte Prämie für die Rettung der durch plötzliche Unglücksfälle dem Anschein nach leblos gewordenen Personen für die Zukunft mit 16 Reichsbankthalern in Silber auszuzahlen sey, falls nicht die Beikommenden es vorziehen sollten, die für eine solche That bestimmte Medaille zu erhalten. — Diese etc.

(Eine gleiche Verfügung ward unterm 8. desselben Monats aus dem Schleswigschen Obergericht erlassen.)

Die fast zur gleichen Zeit erlassenen Regeln bei der Behandlung plötzlich verunglückter und scheintodter Menschen vom 2. April 1817 (Chron.-Samml. p. 116) lauten:

### Allgemeine Regeln.

Alles unnütze Zusammenlaufen neugieriger Zuschauer ist strenge zu verhüten, da zum Rettungsverfahren allerhöchstens sechs Personen nöthig, und die übrigen nur hinderlich sind, und besonders in Stuben und Häusern die Luft verderben.

Bei solchen Verunglückten, die auf einer Hausdiele, oder in einer Stube oder sonst einem beschränkten Raume behandelt werden, ist frische, reine, unverdorbne Luft höchst nöthig, welche durch Oeffnen der Fenster oder Thüren, ohne doch Zugwind (Holung) zu veranlassen, unterhalten werden muss.

Lärmen und Geräusch von andrängenden Neugierigen ist auch vor den Thüren und Fenstern strenge zu untersagen, weil dadurch die Hülfeleistenden an der zu dem Rettungsgeschäft nöthigen ruhigen Besinnung, so wie die Handlanger am freien Aus- und Eingehen gehindert werden.

Zur Erhaltung dieser äusseren Ruhe und Ordnung sind Civil- und Militärbehörden nöthigenfalls aufzufordern, und haben ungesäumt zu willfahren.

Die Fortschaffung eines Verunglückten, da wo kein eigener Tragkorb vorhanden ist, sey es auf einer Tragbahre oder durch Anfassen der Arme und Beine, oder sonst auf eine mögliche Art, muss ja immer so geschehen, dass der Kopf desselben nicht herabhänge; je röther oder gar bläulicher Gesicht und Hals des Verunglückten ist, desto höher müssen Kopf und Brust desselben gehalten und nöthigenfalls besonders unterstützt werden.

Bei dem Auf- und Abladen des Verunglückten darf er nicht unnöthig gedrückt werden, am wenigsten am Hals, Brust und Unterleib.

Alle fest anliegenden, straff gebundenen oder sonst engen Kleidungsstücke sind möglicherweise noch vor dem Fortschaffen des Verunglückten zu lösen. Kann das Entkleiden nicht ohne vieles Bewegen und Wenden des Körpers geschehen, so schneide man die Kleider mit grosser Vorsicht ab, damit der Körper auf keine Weise verletzt werde.

Alles, was vor der Ankunft des ungesäumt herbeizurufenden Arztes oder Wundarztes etwa zur Rettung des Verunglückten von andern versucht werden kann, muss bedächtig, ohne Heftigkeit, nicht ununterbrochen hinter einander geschehen. Uebermässige Thätigkeit schadet auch insofern, als man oft sich nicht einmal die Zeit lässt, auf wiederkehrende Lebenszeichen zu achten.

### Besondere Regeln.

I. Bei einem Ertrunkenen.
II. Bei einem Erstickten.
III. Bei einem Erhenkten oder Erwürgten.
IV. Bei einem Erfrorenen.
V. Bei einem vom Blitze Getroffenen.

Anhang der Verordnung vom 22. April 1722, in Beziehung auf die Hundswuth, vom 25. Juli 1825 (Chron.-Samml. p. 185).

Unterm 25. Juli 1825 ist von dem Schleswig-Holsteinischen Sanitätscollegio ein neuer Abdruck der Verordnung wegen Rettung der durch plötzliche Unglücksfälle dem Anschein nach leblos gewordenen Personen, vom 22. April 1772, veranstaltet, und demselben die in der Anlage A. enthaltene Anweisung in Beziehung auf die Hundswuth hinzugefügt.

### Anlage A.

Verhütung der Hundswuth bei Menschen.
Kennzeichen der Hundswuth.
Vorsichtsmassregeln.

Unter den Verordnungen, welche die Prediger von der Kanzel verlesen mussten, befanden sich auch solche über die sicheren Zeichen des Todes und über Hülfsmittel, welche bei anscheinend Leblosen anzuwenden wären.

Die Sorge für Verhütung von Unglücksfällen, besonders im öffentlichen Verkehr, bestand gleichfalls bereits in früheren Zeiten. Recht bemerkenswerth nach dieser Hinsicht sind die von Frank angeführten: „Gesetze wider das schnelle Fahren und Reiten. Oesterreichische, Bayerische und Sächsische.

Wegen dem geschwinden Fahren und Reiten muss aber die strengste Ordnung unterhalten werden. Zu London bekömmt man von den Phaetons, Kapriolets u. d. gl. Fuhrwerken mit einem Pferde, die, wie eine Kugel, mit der grössten Gefahr durch eine Strasse fliegen, beynahe garnichts zu sehen; zwey, drey und vierspännige Wagen sind allein gewöhnlich. Durch eine Parlamentsverordnung vom 5. December 1731, ward zu Paris ein Spruch, den die Polizey gegen Antoine Janton, welcher durch starkes Reiten in der Stadt einen Mann und ein Weib niedergestürzt und dadurch verletzt hatte, ergehen lassen, bestätiget, und derselbe verurtheilt, dass er an den öffentlichen Pranger gestellt und mit einem Brustbild behangen werden sollte, auf welchem das Vergehen geschrieben stünde. Dieses Beyspiel brachte aber doch keine grosse Wirkung hervor[1]). Inzwischen ist, laut öffentlichen Nachrichten, 1783, der so gefährliche Gebrauch des Kabriolets in Paris verbothen, und nur den Kaufleuten gestattet worden, sich ihrer zu bedienen, doch müssen solche mit Nummern bemerkt werden[2]). Zu Wien ward die Polizey 1772 auf diesen Gegenstand durch ein Unglück aufmerksam gemacht, das einem ungarischen Bischofe, aus dem Hause Steilfurt widerfuhr, indem er von einem zierlichen Wagen tödtlich gequetscht worden. Der junge Führer dieses Wagens wollte dadurch, dass er zwoen Schwestern des unglücklichen Prälaten ein Jahrgeld auswarf, seinen Fehler ehrenvoll verbessern. Joseph II. war mit dieser Genugthuung nicht ganz zufrieden, und befahl, dass der Unvorsichtige noch 2000 Dukaten in das Spital zu Prag bezahlen, bis auf weitern Befehl das Haus hüten, und in den österreichischen Staaten kein Gefährte mehr leiten solle. Zugleich ward befohlen: „dass niemand, von welchem Stande er seye, unter schwerer Strafe, in Städten anders als im Schritte Reiten oder Fahren sollte[3])."

In dem „Bürgervertrag der Stadt Stralsund" findet sich eine Verordnung ähnlichen Sinnes:

Als ein Hochedler Rath zu wiederholten malen, und zulelzt unterm 25sten April 1796, eine allgemeine Verordnung ergehen und bekannt machen lassen, dass, so wie überhaupt alles rasche Reiten und unbesonnene Jagen der Kutschen und anderer Fuhrwerke durch die Strassen dieser Stadt, als auch besonders, dass im Dunkeln, ohne ein brennendes Licht in einer Laterne bey sich zu haben, nicht gefahren werden soll, auf das ernstlichste und unter Androhung der nachdrücklichsten Beahndung,

---

1) Ludwig XV. sagte einst: „Wenn ich Vorsteher der Polizey zu Paris wäre; ich würde die Kabriolets gänzlich verbieten! . ." Tableau de Paris. T. I. pag. 37.

2) Ffrter. Reichszeit 1783. Nro. 46.

3) Journal encyclopedique. Janvier 1772. Inzwischen sah ich doch in Wien die Kutscher so schnell, als anderwärts herumfahren, so dass mich wundert, dass nicht mehr Menschen, als wirklich geschieht, dadurch beschädiget werden.

besonders wenn dadurch ein Unglück entstehen und jemand beschädigt werden sollte, verboten worden: Ein Hochedler Rath aber missfällig bemerken muss, dass gegenwärtig dieser für die Sicherheit aller Einwohner so nothwendigen Anordnung nicht allgemein nachgelebet werde: so wird dieselbe hiedurch abermals erneuert und wiederholt, und ein jeder, welcher unter der Jurisdiction der Stadt steht, und den es angeht, so wie auch die zur Stadt kommenden Landleute anderweitig obrigkeitlich ermahnet, und angewiesen, bey Vermeidung der nachdrücklichsten Beahndung, dieser Vorschrift nicht entgegen zu handeln, und so wenig bey Tage als im Dunkeln des Abends ohne ein Licht in der Laterne zu haben, schnell durch die Gassen zu fahren oder zu reiten, indem ein jeder sonst allen daraus entstehenden Schaden oder Nachtheil sich selbst beyzumessen hat, und wird Herren des Gerichts empfohlen, durch ihre Diener fleissig darauf sehen zu lassen, dass dieser Verordnung gelebet werde, wie sie denn auch die Contraventions Fälle gebührend zu bestrafen sich bestens empfohlen seyn lassen werden.

Stralsund, den 12. October 1798.

Bürgermeister und Rath der Stadt Stralsund.

Ausser diesen hat Frank noch in seinem vortrefflichen Werke eine grosse Reihe von Anordnungen in Bezug auf Unfallverhütungen gegeben, welche den heutigen diesbezüglichen Polizeiverordnungen gleichen, sodass es ganz erstaunlich ist, bereits in jener Zeit Verfügungen zu finden, welche den Schluss gestatten, dass bereits damals in genau gleicher Weise wie heute Unvorsichtigkeiten begangen wurden, welche nicht nur das Leben der betreffenden Person, sondern auch die Gesundheit der Mitmenschen in Gefahr setzen konnten. Im Werk von Günther über die Hamburgischen Rettungsanstalten sind zwei Mandate ähnlicher Art erwähnt: „wider den unvorsichtigen und höchst schädlichen Gebrauch des nicht genugsam ausgedämpften Kohlenfeuers“ vom Jahre 1795 und das „Mandat wegen des zu frühzeitigen Eislaufens auf der Alster“ von 1792.

Es sind hier des geschichtlichen Interesses wegen diese alten Vorschriften zur Unfallverhütung mitgetheilt. Diese steht mit dem Rettungswesen in Beziehung, ist aber heutzutage zu einem besonderen Zweige der öffentlichen Fürsorge geworden, so dass ihre Darlegung nicht weiter in den Rahmen dieser Schilderung gehört.

Aus Stralsund sind dann noch folgende wichtigere Erlasse zu erwähnen, die Belehrung über die Zeichen des sicheren Todes und Maassnahmen zur Verhütung vorzeitigen Begrabenwerdens enthalten:

Patent vom 17. Februar 1794.

Wegen sicherer und untrüglicher Kennzeichen des Todes.

Zur Belehrung der Landes-Einwohner ist im Patent vom 17. Februar 1794 Folgendes bekannt gemacht: Zur Abwendung allzufrüher Begrabung angeblich Verstorbener.

1. Untrügliche Zeichen des eingetretenen Todes sind eine allgemeine Fäulniss, welche sich zuerst durch das Einfallen und Weichwerden der Augen und durch die an verschiedenen Stellen der Haut erscheinenden schwarzbraunen sogenannten Todtenflecken, dann durch das Aufgehen und den asshaften Geruch des Körpers oder bey weiterem Fortgang der Fäulniss durch leichte Abstreifung des Oberhäutchens sich äussern. Ehe jene Zeichen vorhanden, oder ein approbirter Arzt in Städten den angeblich Verstorbenen für todt erkläret, muss die Beerdigung nicht vollzogen werden.

2. Muss der Sarg, ausgenommen bey ansteckenden Krankheiten, noch einmal auf dem Kirchhofe in Gegenwart des Leichengefolges vor der Einsenkung geöffnet werden.

3. Alle an Krankheiten in ihren Betten Verblichene sind nicht sogleich, nachdem sie anscheinentlich verschieden, aus den Betten heraus zu nehmen, sondern so lange auf warmen Lager zu lassen, bis sie alle natürliche Wärme verloren, kalt und steif geworden, oder von Sachverständigen für todt erkläret sind. Das Wegnehmen des Kopfkissens von einem Sterbenden, wird überall als schädlich verboten.

4. Bey jeden schleunigen Todesfall muss der scheinbare Todte nicht sogleich, und ohne vorgängigen Versuch erforderlicher Rettungsmittel, als würklich todt dahin geleget, auch bey Gebährerinnen und dem Scheine nach todt gebohrnen Kindern, aller mögliche Fleiss angewandt werden, um die Mutter oder das Kind noch zu retten, wozu ein Arzt oder Wundarzt herbey gerufen, welcher sich, so wie jeder Prediger auf dem platten Lande ein Exemplar von dem Unterricht und Hülfsmitteln, solche Verunglückte zu retten, anzuschaffen, und solche sich genau bekannt zu machen, auch zu jedermanns Belehrung zur Hand zu halten hat.

5. Ein jeder, der einen solchen Verunglückten leblos findet, ist verbunden, ihm selbst alle Hülfe sogleich zu leisten, die in seinen Kräften stehet, und dafür zu sorgen, dass der nächsten Orts-Obrigkeit von dem Vorfall sofort Anzeige geschehe, auch soll der herbeygerufene Arzt oder Wundarzt sich ohne Zeitverlust dahin verfügen. Derjenige aber, so zuerst Hand anleget, eine angemessene Belohnung nebst allen Kosten-Ersatz erhalten, wenn jemand durch seine Hülfe gerettet wird.

6. Jedermann in Städten und auf dem Lande ist schuldig, solche Verunglückte in ihren Häusern aufzunehmen, und alles zur Hülfe Erforderliche herzugeben, wofür der erweisliche Schaden und Kosten, wenn es sonst an Zugang dazu fehlet, von Obrigkeiten und Herrschaften in Subsidium zu erstatten ist. Im Fall sich jemand dessen weigert, soll er in gebührende Strafe gezogen werden.

7. Wird sämmtlichen Obrigkeiten und Orts-Herrschaften nachdrücklich empfohlen, sich die im Patent namentlich aufgeführten Geräthschaften und Mittel anzuschaffen, und zum Nothfall aufzubewahren.

Besonders bemerkenswerth ist die folgende Verordnung, in welcher ein Unterschied zwischen Gemüthskranken, welche in geistiger Umnachtung, und gemeinen Verbrechern, welche, um einer verdienten Strafe zu entgehen, Selbstmord verüben, gemacht wird.

Patent, betreffend die Beerdigungen verunglückter Personen, vom 17. Februar 1799.

In diesem Patente werden Landes-Einwohner zuvörderst belehret, wie in der Todesart eines, der sich erhängt, ersauft, erschossen, oder auf irgend eine andere Art selbst entleibet, oder zu entleiben gesucht hat, eigentlich nicht das Schimpfliche oder Entehrende, wie gemeiniglich geglaubt wird, liege, sondern nur ein etwa vorhero begangenes oder im Sinne gehabtes Verbrechen wahren Schimpf und Schande begründe, und wie dahero nicht alle Selbstmörder gleich zu achten sind, sondern ein billiger Unterschied zu machen ist, ob sie wegen vorher begangener oder intendirter Verbrechen, Schande und Abscheu verdienen, oder ob ihre Handlung aus einer Gemüthskrankheit entspringet, und also bey der Beerdigung solcher Personen billig ein Unterschied zu machen ist, so ist in diesem Patente verordnet:

1. Dass nur in dem Falle, wenn jemand um der Strafe einer mit einer Lebensstrafe zu belegenden Missethat zu entgehen, oder während der wider ihn verhängten Untersuchung eines schweren Verbrechens sich entleibet, dessen Körper auf dem Schinderkarren nach dem Richtplatz zu fahren, und daselbst einzuscharren.

2. In allen andern Fällen ist dem Entleibten ein ehrliches Begräbniss nicht zu

versagen, und derselbe von den Personen zur Erde zu bestatten, welchen ihn zu tragen und zu beerdigen obgelegen hätte, im Fall er eines natürlichen Todes gestorben wäre, als welche im Weigerungsfall von der Obrigkeit zuvörderst durch dienliche Vorstellungen, im Fall aber diese nicht Eingang finden sollten, durch Zwangsmittel dazu anzuhalten sind.

3. Allen denjenigen, welche einen solchen unglücklichen Selbstmörder zur Erde bestatten, oder einen Erhängten losschneiden, einen Ertrunkenen aus dem Wasser ziehen, oder sonst einen Verunglückten retten, soll dieserhalb keine schimpfliche Nachrede gemacht werden; im Falle jedoch sich jemand soweit vergessen könnte, soll derselbe nicht nur zur gerichtlichen Abbitte an den Beleidigten, sondern auch zu einer angemessenen Geld- oder nach Umständen, Gefängniss- oder Ruthenstrafe verurtheilet werden.

In dem Patente vom 27. September 1799 ist verordnet, dass unglücklicher Weise ums Leben gekommene Personen nicht eher beerdiget werden sollen, als bis die Art ihres Todes in Gewissheit gesetzet worden.

Zu dem Ende sollen alle Jurisdictionsherrschaften verbunden seyn, bey schleunigen und unerwarteten Todesfällen vor der Beerdigung solcher Personen die gehörige Untersuchung anzustellen, und nach sich ergebenden Umständen weiter rechtlich zu verfahren: sämmtliche Landes-Einwohner aber sind bey Strafe willkührlicher Beahndung angewiesen, die plötzlichen Todesfälle ihrer Obrigkeit oder Jurisdictions-Herrschaft anzuzeigen.

In der weiter vorgeschrittenen Zeit sind die behördlichen Verordnungen zwar nach ähnlichen Gesichtspunkten aufgestellt, aber es zeigt sich bereits der Einfluss der Forschungen und Fortschritte auf dem Gebiete medicinischer Wissenschaft. Trefflich lässt sich dies aus einer Verfügung erkennen, welche gleichfalls nur als ein Beispiel von vielen hier angeführt werden soll, der „Kurhessischen Medicinal-Ordnung“ vom 10. Juli 1830. Zunächst:

A. Anweisung

für die Todtenbeschauer.

1. Von der Ausmittelung des wirklichen Todes.

§. 1. Die beginnende Fäulniss ist das einzige untrügliche Kennzeichen des Todes. Da jedoch dieselbe nicht sogleich nach dem Tode eintritt; so muss der Todtenbeschauer noch besonders folgende Hülfskennzeichen des Todes berücksichtigen, damit nicht im Falle des Scheintodes die erforderlichen Rettungsversuche versäumt werden und der wirkliche Tod eintreten möge.

§. 2. Den wirklichen Tod lassen vermuthen:

1. vorausgegangene heftige fieberhafte Krankheiten, auszehrende Fieber (Schwindsuchten), Wassersuchten u. s. w.,

2. Mangel des Athemholens,

3. Abwesenheit der Herz- und der Puls-Schläge,

4. die eingetretene bekannte blasse Leichenfarbe des Gesichtes,

5. Der offenstehende Mund mit herunterhängender unteren Kinnlade, ohne dass ein Krampf oder eine Verrenkung solches veranlasset,

6. die schwärzliche Farbe der inneren Theile der erweiterten Nasenlöcher und des Mundes nebst den Lippen,

7. wenn die Augen mit einer Haut überzogen und so gebrochen sind, dass sie wie zusammengeschrumpft zu seyn scheinen,

8. die bald nach dem Ableben eintretende kalte Erstarrung und Steifigkeit des viel schwerer scheinenden Körpers, die alle Muskeln auf eine gleiche Weise unbiegsam macht, wobei man aber auf etwa vorhergegangene Krämpfe oder Zuckungen und einwirkende Kälte Rücksicht nehmen muss,

9. Unempfindlichkeit gegen alle, selbst die stärksten, Reize,

10. wenn die Gegend des Körpers, worauf der Verblichene ruhet, platt niedergedrückt und bläulich angelaufen ist,

11. wenn blasse, gelbgraue, braune, bläuliche, schwärzliche und gelbgrünliche Flecken (Todtenflecken) hier und da an den Theilen des Leichnams, als Folge von ausgetretenem Blute, zum Vorschein kommen (die aber nicht mit anderen an Lebenden vorkommenden Hautflecken verwechselt werden dürfen).

Finden die angeführten Kennzeichen des Todes grösstentheils oder sämmtlich Statt; so sind weiter keine Rettungsversuche erforderlich. Der Entseelte muss jedoch fortwährend in einem mild erwärmten Zimmer, in welchem von Zeit zu Zeit für die Erneuerung der Luft gesorgt wird, mit mässig erhobenem Kopfe und Oberleibe, nicht bedecktem Gesichte und unverbundenem Munde, in dem Bette liegen bleiben, so dass kein Theil seines Körpers gehemmt ist, Lebensäusserungen von sich zu geben, auch muss von Zeit zu Zeit von Seiten der Angehörigen nach ihm gesehen werden.

§. 3. Wenn aber endlich

a) der Leib stark bis zum Platzen anschwillt und vorzüglich mit den im §. 2, Nr. 11, erwähnten Flecken bedeckt ist, der süssliche Leichengeruch, den ein Sachkenner bald entdeckt, anfängt, in einen faulen überzugehen, oder

b) der Todte überschieset, das heiset, eine blutige wässerige Materie aus dem Munde und der Nase flieset;

so bestätigt sich der Tod bis zur Gewissheit. Der Verstorbene kann sodann entkleidet, und aus dem Bette auf Stroh in ein kaltes Zimmer gelegt werden.

## II. Von der Behandlung der Scheintodten.

§. 4. Scheintodt ist der Mensch, an welchem die sinnlichen Merkmale des Lebens nicht zu erkennen sind, bei dem jedoch die inneren Bedingungen desselben noch fortwähren.

§. 5. Der Verdacht des Scheintodes entstehet:

1. wenn die in den §§. 2 und 3 angeführten Kennzeichen des wirklichen Todes grösstentheils nicht vorhanden sind,

2. wenn plötzlich Erblichene an einer vorausgegangenen Krankheit gelitten haben, und von Natur sehr schwächlich, empfindlich, zu Ohnmachten und sonstigen Nervenzufällen, zu Hypochondrie, Hysterie (Mutterkrämpfen), zu Convulsionen, Epilepsie (fallender Sucht) geneigt sind, oder schon an vorübergehenden Stick- und Schlagflüssen, der Schlaf- und Starrsucht gelitten haben, wenn sie durch heftige Schmerzen, durch Fallen, Stossen, Verblutungen, durch andere häufige Abgänge, besonders durch eine schwere Geburt, äusserst entkräftet gewesen, und im Dunste von Kohlen, gährendem Weine, eröffneten Kloaken u. s. w. erstickt sind, oder starke Gemüthsbewegungen (als Schrecken, Zorn etc.) gehabt haben, überhaupt bei allen solchen Todesfällen, die sich unvermuthet und in Krankheiten zutragen, welche ihrer Natur nach nicht tödtlich sind,

3. wenn auf dem Gesichte eines Verstorbenen einige Spuren von einer übrig gebliebenen Lebhaftigkeit wahrgenommen werden und gefunden wird, dass der Augapfel nicht ganz unbeweglich, trüb und gesunken, auch die Pupille gegen die Lichtstrahlen noch etwas empfindlich ist,

4. wenn die auf den Tod folgende kalte Erstarrung nicht bald eintritt, und be-

sonders in der Gegend des Herzens eine Wärme zu fühlen ist, auch die Gelenke noch biegsam sind,

5. wenn aus einer geöffneten Ader noch Blut flieset, oder aufgetropftes kochendes Wasser oder Blasenpflaster nicht ohne Wirkung sind.

Sehr anschaulich ist von gleicher Stelle auch die:

Anweisung
zur zweckmäsigen
Anwendung der Rettungsmittel
bei
Scheintodten, Verunglückten und sonst
plötzlich in Lebensgefahr Gerathenen,
nebst
dem Wissenswürdigsten über den Biss wüthender Thiere.
Herausgegeben
auf Veranlassung des
kurfürstlichen Ministeriums des Innern
im Jahre 1824,
durchgesehen und vermehrt im J. 1830.

Einleitung.

Die Gesundheit und das Leben der Menschen sind durch viele schädliche Einflüsse gefährdet, von denen zwar mehrere durch Vorsicht vermieden werden können, manche aber so plötzlich eintreten, und mit den Berufsgeschäften und der Lebensart derselben so innig verbunden sind, dass sie nicht immer verhütet werden können, und die Menschen in einen dem Tode ähnlichen Zustand, den Scheintod, versetzen, welcher bei mangelnder schnellen, zweckmässigen Hülfe in den wirklichen Tod übergeht.

Bei so dringenden Lebensgefahren ist es Pflicht eines Jeden, nach Kräften seinem Mitmenschen beizustehen, um ihn von dem Tode zu erretten. Der glückliche Erfolg dieser Bemühungen hängt jedoch sehr von der schleunigen und richtigen Anwendung wirksamer Mittel ab, um bis zum Herbeieilen eines Arztes oder Wundarztes eine zweckmäsige Hülfe leisten zu können, wozu die nöthige Anleitung für Jedermann hierdurch ertheilt werden soll.

Erster Abschnitt.

Von dem Scheintode.

A. Allgemeine Belehrungen und Maasregeln.

§. 1. Kennzeichen des Todes.
§. 2. Allgemeine Maasregeln zur Wiederbelebung Scheintodter.
§. 3. Hülfeleistungen, welche zur Wiederbelebungen bei allen oder doch den meisten Scheintodten erforderlich sind.

B. Nähere Vorschriften über die einzelnen Rettungsmittel.

§. 4. I. Luft-Einblasen.
§. 5. II. Erwärmung des Scheintodten.
§. 6. Mittel zur Anfachung des erlöschenden Lebens (Reitzmittel).
III. Reiben und Bürsten des Körpers.
IV. Reitz zum Brechen durch Kitzeln des Schlundes.
V. Riech- und Niesemittel.

Zweyter Abschnitt.

Besondere Vorschriften für die Behandlung einzelner Arten des Scheintodes und der Unglücksfälle.



Aus diesen behördlichen Bestimmungen offenbart sich der Geist und der Fortschritt der Humanität und Wissenschaft in den damaligen Zeiten. Gerade die Preussische Verordnung steht noch unter dem frischen Eindruck, welcher durch die von Holland ausgegangenen ersten organisirten Rettungsgesellschaften der Welt hervorgerufen war. Von jener Zeit, dem Ende des 18. Jahrhunderts, an datirt ein gewaltiger Umschwung auf dem Gebiete des Rettungswesens, welcher sich ausser in in zahlreichen Städten vorgenommenen Einrichtungen und Veranstaltungen in einer Fülle von Schriften kundgiebt. Da von diesen aber nur wenig bekannt geworden und der Neuzeit überkommen ist, ist diese Glanzperiode des Rettungswesens der Vergessenheit anheimgefallen. Und doch muss sie dieser entrissen werden, um zu zeigen, dass Vieles, was heute als neu und ur-

sprünglich angesehen wird, bereits vor mehr als 120 Jahren vorhanden gewesen.

Es ist kein Zufall, dass die erste Rettungsgesellschaft der Welt in Holland errichtet wurde. In dem von zahlreichen Wasserläufen durchzogenen Land ereigneten sich naturgemäss viele Unfälle, durch welche die Aufmerksamkeit hier in höherem Masse als an anderen Orten auf die Nothwendigkeit der Errichtung von organisirten Rettungseinrichtungen gelenkt wurde. In dem 1793 erschienenen Bericht über die Thätigkeit der Rettungsgesellschaft zu Amsterdam während der ersten 25 Jahre ihres Bestehens sind wichtige Daten für die Begründung der Gesellschaft angegeben.

Die eigenartigeu örtlichen Verhältnisse der Stadt mit ihrer verhältnissmässig grossen Einwohnerzahl bedingten besondere Vorkehrungen zur Ersten Hülfe bei Ertrunkenen, deren Einrichtung vom Deichgrafen von Amstelland Abraham Calkoen ausgieng. Er veranlasste die Behörden zum Erlass folgender Veröffentlichung:

Publicatie.

De Wel Edele Gestrenge Heer Bailluw van Amstelland en Scheepenen van de respective Districten in Amstelland, vernomen hebbende, dat door een verkeerd begrip van de ordres omtrend Drenkelingen gestatueerd, verscheide ongelukkige Menschen, die eenige tyd onder het Water hebben geleegen, im plaatse van geholpen te worden, alleenlyk op te Wal werden gehaald, met de beenen in het Water blyvende hangen, waar door alle hoop tot reddinge benomen word; Doen te weeten, dat het een iegelyk vry staat, diergelyke Menschen, wanneer aan dezelven geene uiterlyke Wonden, of teekenen van een zekere Dood bespeurd worden, uit het Water te haalen. en in Huys te brengen; zynde men echter gehouden, wanneer de hulpmiddelen van geen effect zyn geweest, daar van aanstonds kennisse te geeven aan den Wel Edelen Gestrengen Heer Bailluw van Amstelland, zyn Wel Ed. Gestrenge Stedehouder, of aan Scheepenen van het district, met byvoeging van tyd en plaats, waar de Drenkeling gevonden en opgehaald is geworden.

Aldus Gearresteerd wegens Ouder-Amstel en Waverveen, den 7. October 1766. Praesentibus den Wel Edele Gestrenge Heer Mr. Abraham Calkoen, Bailluw en Dykgraaf van Amstelland etc., etc., Albert van Paddenburg, Cornelis Verwey Gysbertsz., Steven Vis, Claas Regtuit, Eldert Loenen, Leendert van Ravensbergen en Adrianus Vink, Scheepenen van Ouder-Amstel.

En Gepubliceerd den 15. January 1767. Praesentibus Albert van Paddenburg en Cornelys Verwey Gysbertsz, Scheepenen.

In kennisse van my Secretaris
J. Nolthenius.

In Nieuwer-Amstel, den 9. October 1766. Praesentibus den Wel Edelen Gestrengen Heer Bailluw en Patricus Wilhelmus Davidson, Cornelis Roddhaar, Andries Nitters, Henricus van Harreveld, Anthoni de Heus, Klaas Zuyderhuys en Jan de Bruyn, Scheepenen van Nieuwer-Amstel.

En gepubliceerd den 15. January 1767. Praesentibus Henricus van Harreveld en Klaas Zuyderhuys.

In kennisse van my Secretaris
Gale Isaac Gales.

Te Diemen den 3. January 1767. Praesentibus den Wel Edelen Gestrengen Heer Bailluw, en Teunis Ensink, Jacob Everts van der Linde, Hendrik Mastensz., Roelof Drager, Roelof Worst, Jan Nack en Cryn Versteeg, Scheepenen van Diemen.

En gepubliceerd den 15. January 1767. Praesentibus Teunis Ensink en Jacob Everts van der Linde.

In kennisse van my Secretaris
Manasse Hoogburen.

Advertissement.

Tot reddinge van menschen, die in het Water gevallen zynde, niet al te lang daarin geleegen hebben, schoon dezelve spraakeloos, en zonder eenige uiterlyke teekenen van leeven daar uit gehaald worden, is volgens het advis van verscheide voornaame Doctooren het volgende noodzakelyk:

Vooreerst moeten dezelve, zo ras uit het Water gehaald zyn, gebragt werden in een warm Vertrek voor en groot Vuur.

2. Moet men met een Blaasbalk door het Fondement de Darmen opblaazen. By gebrek van een Blaasbalk, kan zulks gemakkelyk door een Tabakspyp geschieden, ja zelfs door de Scheede van een Mes, dáar de uiterste punt is afgesneeden.

3. Moet men met wolle Lappen of met Borstels de Borst en Buik vryven.

4. Moet 'er op den Arm of in de Hals-Krop-Ader eene Bloedlatinge geschieden, voornamentlyke in bloedryke Lichaamen.

5. Moet met Geest van Ammoniac-Zout of met Brandewyn het hoofd gewreeven worden, en het zelve onder de Neus gehouden worden.

Door deeze hulpmiddelen by tyds in 't werk te stellen heeft de ondervindinge geleerd, dat verscheide Menschen en Kinderen, die voor dood weg gedraagen wierden, gered zyn geworden.

Zeg het voort.

Calkoen veranlasste eine kleine Zahl von Menschenfreunden, von denen Claude Noortwyck, Jacob de Clercq, Jean Scipion Vernede zu nennen sind, die Einrichtung weiterer Mittel zur Errettung Ertrunkener zu berathen und auch die Provinzial- und Gemeindebehörden für die Ausführung des Planes zu interessiren.

Es muss hier hervorgehoben worden, dass Unglücksfälle durch Naturereignisse in früheren Zeiten zuerst die Aufmerksamkeit erregten, Unfälle, wie sie durch die heutigen Verhältnisse des Verkehrs und der Fabriken hervorgebracht werden, damals nur selten waren, obschon erstere, wie aus der oben abgedruckten Fahrordnung hervorgeht, immerhin auch in den Kreis der Betrachtungen gezogen wurden.

Der hier abgedruckte Entwurf erschien am 26. August 1767 in No. 86 des Wochenblattes „Der Philosoph" und bereits am ersten Tage der Begründung hatte die neu errichtete Gesellschaft „Maatschappij tot redding von drenkelingen" die Genugthuung, dass ein Ertrunkener nach den von ihr aufgestellten Regeln ins Leben zurückgerufen wurde. Als Belohnung für Menschenrettungen setzte die Gesellschaft 6 Dukaten oder eine goldene Medaille von gleichem Werthe oder eine silberne aus.

In den folgenden Jahren erschienen in zahlreichen Städten von Holland ähnliche Bekanntmachungen, und es wurden gleichfalls Ein-

richtungen zur Rettung Ertrinkender getroffen, indem Haken, Leitern und andere Rettungsgeräthe an den Ufern der Flussläufe und Rettungskästen bereitgestellt wurden. Schon damals wurden die Inhaber von Branntweinschänken verpflichtet, Verunglückte in ihren Räumen aufzunehmen und erste Unterkunft zu gewähren. Die Rettungskästen, welche 1837 auch in einer grossen Zahl von Apotheken untergebracht wurden, enthielten verschiedene Flaschen mit Branntwein, Salz, Aq. Menth. pip., Aether. sulfur., Liquor ammonii, Pulv. rad. Jpecac., Tartar. emet., besondere Brechpulver in Kasten, einen Tabakskasten, zwei Bürsten, eine Klystierspritze mit Elfenbeinansatz, zwei wollene Handschuhe oder Fausthandschuhe, ein Aderlassgeräth nebst Binden, ein Feuerstahl mit Schwamm und Stein, einen Schwamm, eine Scheere, ein Messer, Spatel, Lanzette, Federn und eine neue Art von Tabaksdampfapparat.

In den ersten 25 Jahren ihres Bestehens bis 1792 hatte die Gesellschaft nach dem Originalbericht, dem die gesammten Angaben entnommen sind, 990 Menschenrettungen zu verzeichnen, von welchen allein 404 auf Amsterdam entfielen.

Ausser in Holland verbreitete sich die Kenntniss von der erfolgreichen Thätigkeit der neuen Gesellschaft in vielen anderen Ländern.

In Deutschland hatte zuerst die Hamburgische „Gesellschaft zur Beförderung der Künste und nützlichen Gewerbe“ 1768 eine von ihr verfasste Anleitung zur Rettung Ertrunkener und mehrere damals als vorzüglich angesehene Maschinen zur Anwendung der Tabaksrauchklystiere in den Barbierstuben und an anderen zweckmässigen Orten vertheilt und eine Belohnung für jeden ihr angezeigten Rettungsfall ausgesetzt. Allerdings findet sich bereits 1762 in den einschlägigen Acten ein behördlicher Auftrag und Plan zur Behandlung der Verunglückten und Gewährung einer Belohnung für erfolgreiche Behandlung. Der erwähnte herrschende Aberglaube von der Unehrlichkeit eines gewaltsamen Todes besonders bei Personen, wo es ungewiss war, ob der Tod durch Selbstmord veranlasst, und von Uebertragung der Unehrlichkeit auf Diejenigen, welche einen solchen Körper berührten, liess selbst erwähnte Gesetzvorschriften unwirksam bestehen. Nur eine im Jahre 1765 an die Garnison erlassene Verfügung war das vorläufige Ergebniss:

„den im Wasser Verunglückten sofort zu Hülfe zu eilen; selbigen, sobald der mindeste Zweifel obwalte, ob noch Leben bei ihnen befindlich sey, die Aufnahme in die Wachen nicht zu versagen, sondern vielmehr alle mögliche Aufmerksamkeit und Hülfleistung zur Rettung derselben anzuwenden; auch davon bei dem Herrn Prätor sogleich Meldung zu thun, damit dieser sofort den Raths-Chirurgus hinschikken könne.“

Die Erfolge der Amsterdamer Gesellschaft hatten für Hamburg günstige Wirkung. Eine Reihe von Verordnungen wurden erlassen, und an verschiedenen Orten Geräthschaften für die Rettung der Verunglückten niedergelegt, unter welchen sich auch ein Rettungskasten mit erforderlichem Inhalt befand. Besonders wichtig ist unter den Mandaten das „Verfahren beim Herausziehen, Transportiren und Behandeln bis zur Ankunft des Arztes oder Wundarztes“. Es schliesst sich eine Schilderung

der Behandlung der auf dem Eise Verunglückten an. Genau sind auf besonderen Tafeln die Orte angegeben, wohin Verunglückte, welche an bestimmten Stellen gefunden, hinzubringen sind. Es findet sich hier die noch heute häufig bestätigte Erfahrung, dass „man ohne specielle Vorschrift, wohin die Körper zu bringen, und welcher Wundarzt herbeizurufen ist, jemals erwarten kann, dass nicht über die Frage: wo bleiben wir mit dem Körper und wen rufen wir zu Hülfe? gerade der glücklichste und nicht selten sogar der entscheidende Augenblick verloren gehen sollte, besonders in den grossen Städten, wo die bekanntesten Aufnahme-Oerter sehr selten die nächsten sind. Allgemeine Anweisung, den Körper nach der nächsten Wache zu bringen, den nächsten Wundarzt herbeizuholen, machen es hier nicht aus, das lehrt die Erfahrung." Sorgsam sind alle einzelnen Vorschriften dargelegt, wo die Rettungskästen zu finden, und in welcher Weise nach Auffindung eines Körpers zu verfahren ist. Auch auf die Behandlung Erdrosselter und in Kohlendampf Erstickter wird die Behandlung ausgedehnt. Für bedenklich wurden bezeichnet Aderlässe, Brechmittel, Tabaksklystiere. Das erwähnte Mandat sollte durch öffentlichen Anschlag, Einrücken in die Zeitungen, in den Wirthshäusern, Barbierstuben, bei den Predigern, Schullehrern, Vögten, Wundärzten und Hauptleuten vertheilt, in den Volkskalender eingerückt, den Lehrern der Volks- und Armenschulen und des Waisenhauses mitgetheilt werden, in ähnlicher Weise also, wie etwa 140 Jahre später es auch üblich geworden, dergleichen Anstalten zur Kenntniss des Publikums zu bringen.

Die für die Rettung Verunglückter damals gebräuchlichen Geräthschaften sind im Folgenden aus dem Originalwerk von Günther: „Gesichte und Einrichtung der Hamburgischen Rettungsanstalten für im Wasser verunglückte Menschen" abgebildet.

Mit dem Sucher (Abbildung 1) wird der Körper aufgesucht, mit der geöffneten Zange (Abbildung 2) erfasst und dann mit der geschlossenen emporgezogen. Die Zange öffnet sich beim Herunterlassen ins Wasser durch ihre eigene Schwerkraft und durch das Sinken des eisernen Ringes o, im Uebrigen ist der Mechanismus der Geräthe aus den Abbildungen leicht ersichtlich. Der Preis der beiden Werkzeuge betrug zuerst etwa 27 bis 30 Mark (Hamburgische), später aber bereits 45 Mark. Für die Rettung im Eise Verunglückter wurde, da einfache Stricke, welche den Verunglückten zugeworfen wurden, auf dem brüchigen Eise nicht immer gefahrlos für den Retter waren, 1776 an den Leinen hölzerne Kugeln befestigt, in der Folge aber wieder verworfen, weil hierdurch der Verunglückte der Gefahr der Verletzung ausgesetzt war. 1781 wurde daher ein anderer Versuch mit einem sehr ursprünglich erdachten Eisboote gemacht, welches nach Angabe des Schutenführers Thomas Ritzler gefertigt war und seinen Zweck gut erfüllte, da es im Wasser und auf dem Eise gebraucht und von einem Menschen gehandhabt werden konnte. Das Boot (Abbildung 3) ist aus Korb geflochten und aussen mit Leder überzogen, um das Eindringen des Wassers zu verhüten. Unten aussen ist das Boot mit zwei eisernen Schienen belegt,

um es mittelst zweier Haken auf dem Eise fortbewegen zu können. Der Boden hat eine viereckige Oeffnung, deren Seiten nach innen durch Wände gegen das Eindringen von Wasser geschützt sind. Ist das Boot nicht auf dem Eise fortzuschieben, so tritt der Retter in die Oeffnung und kann den Kahn an den an den Innenwänden der Oeffnung angebrachten

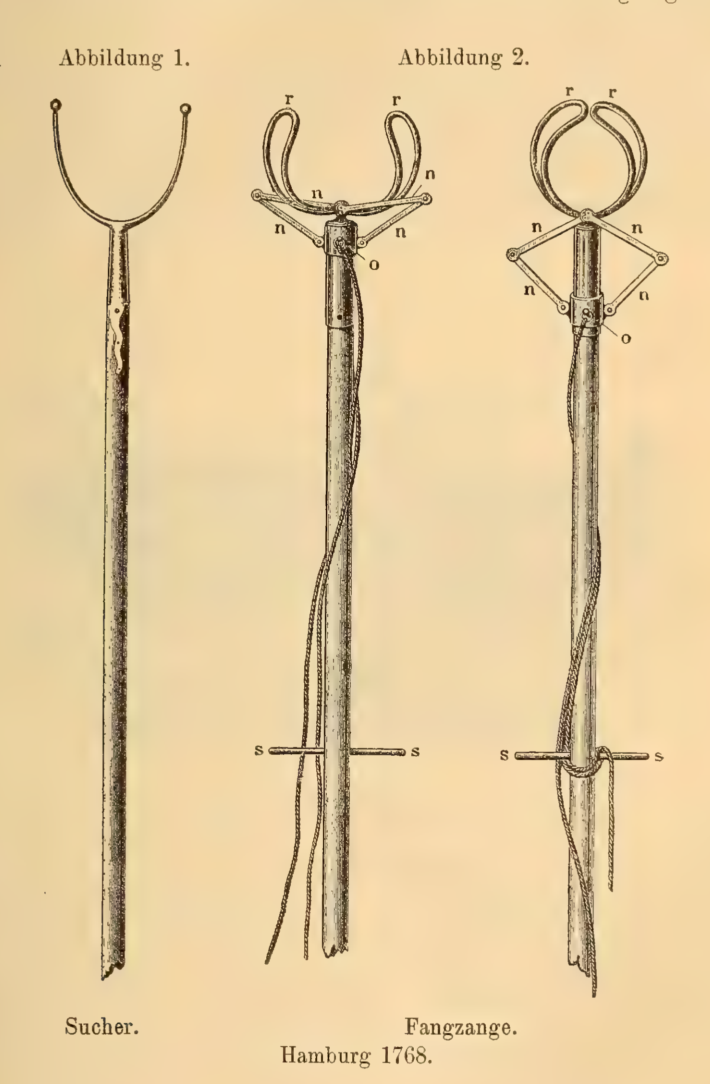



Abbildung 1. Sucher.

Abbildung 2. Fangzange.

Hamburg 1768.

Handhaben erheben und forttragen. Sinkt das Eis unter ihm ein, so schwingt er sich in das Boot und bringt es mit den Haken durch das brüchige Eis bis zum Verunglückten. Das Boot kostete 264 Mark. Ausserdem war eine Eisleiter angegeben, an deren oberster Sprosse eine Stange befestigt war, mit welcher der auf der Leiter liegende Retter, welcher später angeseilt wurde, durch eine zweite auf dem noch sicheren

Eise stehende Person, welche auch das Seil festhielt, an die Unfallstelle hingeschoben wurde. Ein langes am Ende mit Schleife versehenes Tau wurde später hinzugefügt. Zur Aufsuchung des Körpers wurde auch ein eiserner Haken verwendet, welcher an einer Stange befestigt war, und dessen Ende in vier stumpfe Haken nach Art eines Ankers auslief. Er wurde dem Verunglückten gereicht, damit dieser sich daran festhielte, oder zur Auffindung auf dem Grunde liegender Ertrunkener benutzt.

Um den Körper des geretteten Patienten fortzuschaffen, wurde die aus Korb geflochtene Tragbahre benutzt, welche im Artikel „Fürsorge auf dem Gebiete des Krankentransportwesens“ auf Seite 375 abgebildet ist.

Wie in Holland war auch in Hamburg der richtige Gedanke vorhanden gewesen, die zur Rettung erforderlichen Arzneien und Geräthe

Abbildung 3.



Eisboot der Hamburgischen Rettungsanstalten 1768.

stets zusammen bereit zu haben. Als Muster wurden die in England vorhandenen Rettungskästen nach Angabe von Cogan und Kite verwendet, deren Einrichtung von dem Chirurgus Redlich 1790 sinnreich vervollständigt wurde. Im Laufe der Zeit liess die Gesellschaft 19 solcher Kästen an verschiedenen Stellen der Stadt und deren Nähe aufstellen. Der Schlüssel wurde versiegelt, das Siegel durfte nur von dem zur Rettung sich einfindenden Wundarzt gelöst werden. Der Inhalt des Kastens war folgender:

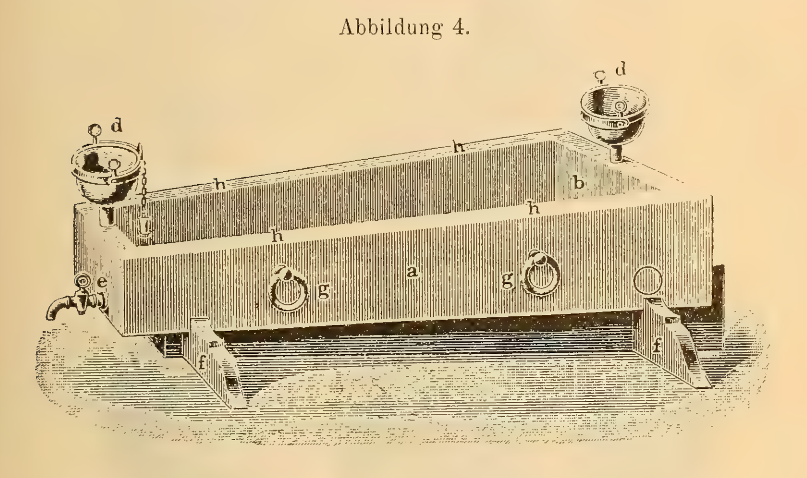
Mehrere kleine Flaschen mit rectificirtem Weingeist, Weinessig, Oel, „weissem Franzwein,“ flüchtigem Salmiak, Vitriolnaphtha, Senfsamen, eine Tabaksrauch-Klystiermaschine, eine lederne Röhre nebst Blasebalg, um Luft in die Lungen zu bringen, eine lederne Röhre, um Arzneistoffe in den Magen einzuführen, eine kleine Injectionsspritze, um die Kehle von Schlamm zu reinigen, drei wollene Decken, vier Bürsten und sechs

wollene Tücher zum Reiben, einige Brechmittel, zwei Aderlasslanzetten, ein Pfund Rauchtabak, eine Aderlassbinde und Polster, zwei Federn, Schwamm und etwas Leinen, ein Taschenmesser, ein Feuerzeug, Chamillen- und Fliederblumen, etwas Kochsalz, ein Exemplar der Anleitung zur Behandlung der Verunglückten.

Besonders bemerkenswerth ist, dass bereits der Magenschlauch in den Kästen vorhanden gewesen. Die Anwendung einzelner Stücke des Inhalts ist durch die Anleitung (siehe unten) als bedenklich erklärt. Dies liegt daran, dass die Kasten früher eingerichtet waren, als die Anleitung entworfen war. Die Kosten eines solchen Behälters betrugen 65 Mark Hamburger Courant.

Haupterforderniss zur Herstellung des Geretteten waren Erwärmung

Abbildung 4.



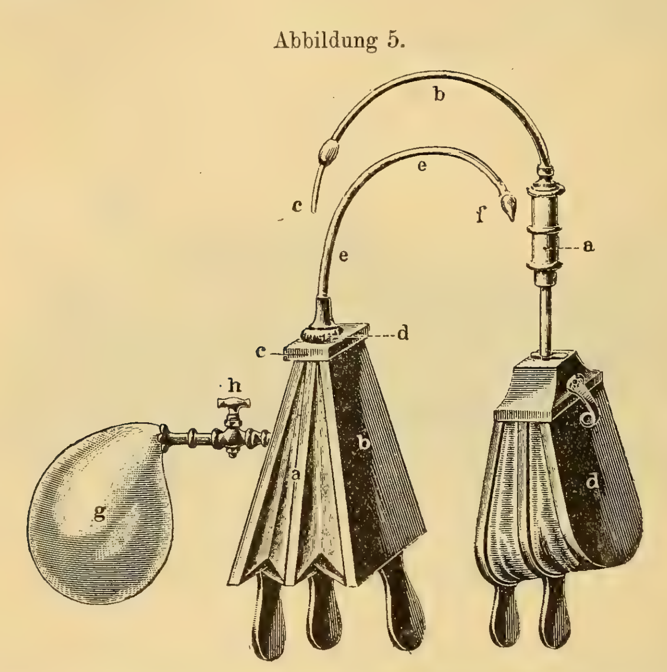

Wärmebank (London und Hamburg) um 1780.

des Körpers und Einleitung der künstlichen Athmung, welche noch heute für diesen Zweck erfolgreich angewendet werden. Zur Erwärmung dienten wollene Schlafröcke und Mützen und ferner die abgebildete (Abbildung 4) Wärmebank aus Metall mit doppeltem Boden und Wänden, zwischen welche kochendes Wasser gegossen wurde. Die Füsse sind aus Holz, mit den Handhaben kann das Geräth leicht befördert werden. Für den Kopf ist eine hölzerne Platte angebracht. Der Körper wird auf einen Strohsack gelegt und ringsum mit wollenen Decken bedeckt. Das Geräth ist auch ohne Weiteres zur Verabreichung eines warmen Bades zu gebrauchen. Es kostete 200 Mark.

Zur Wiederherstellung der Athmung diente der von Gorcy, Arzt im Militärhospital zu Neubreisach, erfundene doppelte Blasebalg (Abbildung 5). Das Rohr ist biegsam aus gummirtem Tafft hergestellt und wird durch einen spiralig gebogenen Draht offen erhalten. Es läuft in ein elfenbeinernes Ansatzstück aus, welches vorn abgerundet ist, um es in die Nase des Patienten zu bringen, oder platt gestaltet,

um es in den Mund einzuführen. Durch eine Ventileinrichtung erhält der eine der beiden Theile, wenn das Geräth in Thätigkeit versetzt wird, Luft aus der Atmosphäre, der andere aus den Lungen. Drückt man den Apparat wieder zu, so geht die aus den Lungen gezogene Luft aus dem einen Theil in die Atmosphäre, durch den zweiten streicht die atmosphärische Luft in die Lungen. „Da man aber durch unvorsichtiges zu schnelles Treiben der Blasebälge leicht schaden kann, so sollte diese Handlung nur von Personen übernommen werden, die den Mechanismus der Respiration kennen.“ Das Verfahren ist natürlich heute nicht mehr in Anwendung.

Abbildung 5.

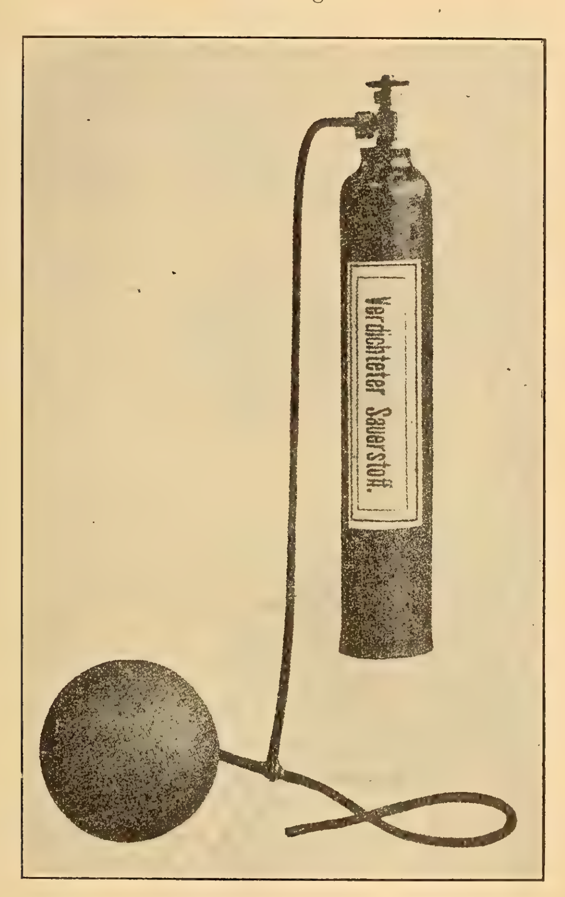



Dr. Gorcy's Blasebalg zur Einbringung von Sauerstoff in die Lungen 1790.

Bemerkenswerth ist die dann folgende Beschreibung. Wenn man dem Kranken statt der gewöhnlichen dephlogistisirte Luft zuführen wollte, so konnte unter dem einsaugenden Ventil des einen Blasebalges eine mit „Lebensluft“ gefüllte und mit Hahn verschlossene Blase angeschraubt werden. Dieses Gas ist „bekanntlich derjenige Bestandtheil der ordentlichen atmosphärischen Luft, ohne den dieselbe zum Brennen des Feuers und zum Athemholen nicht brauchbar ist, und den man hauptsächlich aus erhitztem Braunstein oder Salpeter in derjenigen Reinheit und Unvermischtheit entwickeln kann, dass er das Brennen des Feuers sowohl als das Athemholen in hohem Grade befördert und erleichtert“. Es wurde also bereits damals Sauerstoff zur Wiederbelebung Bewusstloser angewendet. Die in der Abbildung 5 an dem Blasebalg

angebrachte Blase veranschaulicht die Art, in welcher der Sauerstoff gebraucht wurde. Die dephlogistisirte Luft wurde in einer Flasche aufbewahrt, aus welcher die zum Anschrauben an den Blasebalg bestimmte Blase gefüllt wurde, indem sie an eine Röhre des doppelt durchbohrten Stopfens der Flasche angeschraubt wurde. Durch eine zweite durch den Stopfen geleitete längere Röhre wurde durch einen

Abbildung 6.




Trichter Wasser in die Flasche gegossen, dadurch das Gas in die Blase eingetrieben, und letztere dann durch einen Hahn verschlossen. Ich bilde hier (Abbildung 6) zum Vergleiche die jetzt gebräuchliche Art der Aufbewahrung und Anwendung des Sauerstoffes ab, auf die wir noch später zurückzukommen haben. Es sei hier aber noch kurz eine Kritik über den Werth des Sauerstoffes aus dem Günther'schen Buche mitgetheilt, welche um so bemerkenswerther ist, als gerade jetzt, wo die Anwendung des Sauerstoffes wieder bei einer Reihe von Erkrankungen

und für Erste Hülfe empfohlen ist, viele Stimmen gegen seine Anwendung laut geworden sind.

An jener Stelle heisst es: „Das Sauerstoffgas hat uns bis jetzt durchaus keine Vorzüge vor der atmosphärischen Luft, zu der auch die Lungen gebildet sind, bemerken lassen. Vielmehr zeigte sich diese noch wirksam, wo jenes nicht half, aber nie umgekehrt".

Auch der Nutzen der Rauchtabaksklystiere, welche zuerst sehr viel empfohlen waren, wurde später vielfach angezweifelt. Es wurden zu ihrer Verwendung Maschinen angegeben, indem der in einer Büchse entwickelte Rauch durch einen Blasebalg dem Patienten, welchem die röhrenförmige Endigung der Büchse in den Mastdarm gebracht war, eingeblasen wurde. Jedenfalls ist dies Verfahren bequemer und appetitlicher als dasjenige, dem Kranken aus einer Tabakspfeife mit langem Stiel, der in den Mastdarm geschoben wird, den Rauch mit dem Mund einzublasen, wie dies oben angegeben.

Wie heute bei Asphyktischen vielfach mit gutem Erfolge der Inductionsstrom angewendet wird, so hatte man damals bereits den elektrischen Strom in Benutzung gezogen. Es wurde hierfür die Volta'sche Säule gebraucht, welche in Hamburg zusammen mit dem dazu gehörigen Apparate nicht fehlen durfte. Dass Hufeland über die Verwendung des elektrischen Stromes zur Wiederbelebung Bewusstloser seine Dissertation verfasst, war bereits erwähnt worden.

Die genannten in Hamburg für das Rettungswesen gegebenen Anleitungen sollten den bei den Feuerspritzen angestellten Mannschaften vorgelesen und ihnen ein Stück des „Mandates" eingehändigt werden. Damals bestand also schon der Gedanke, die Feuerwehr auch mit dem sanitären Rettungsgsdienst zu betrauen. Frank betont die „Nothwendigkeit, beim Brand eigene Retter zu bestellen", welchen ausser dem Löschen des Feuers die technische Rettung obliegen sollte:

„Diese besondern Rettungsmänner müssten aus einem zweckmässigen Handwerke, wo möglich aus der Zunft der Zimmerer oder Maurer, etc. gewählet werden, und nicht nur mit einem deutlichen Kennzeichen, damit sie von Niemandem an der Ausübung ihrer Pflicht gehindert würden, versehen seyn; sondern sie müssten von der Polizey mit allen zur Rettung von Menschen nöthigen Werkzeugen versehen werden. Der verdienstvolle Herr Docktor Krünitz hat in seiner, jeder grössern menschlichen Gesellschaft ohnentbehrlichen ökonomischen Encyclopädie, verschiedene dieser Werkzeuge beschrieben und deren Nutzen gezeigt. Gewisse vorher wohl angenetzte Strickleitern mit Hacken versehen, die, wenn sie den Eingesperrten wohl zugeworfen worden, angeklammert und befestiget werden; dergleichen mit starken Knöpfen, oder auch mit Knebeln versehene Stricke, einige vorher gleichfalls in Wasser getränkte Körbe, die an starke Seile befestigt, zur Aufnahme der Kinder, oder eines schwachen Kranken, dienen können; selbst eine eigne Maschine, um solche an einem Seile herunter zu lassen; eine Gattung von einem starken, ebenfalls angenetzten Fangtuche, oder wie

ich glaube noch besser, ein von Stricken geflochtenes, starkes, nicht weitmaschiges Fanggarn, etc. sind Werkzeuge, deren man sich gewiss in vielen Fällen mit augenscheinlichem Vortheile bedienen wird, und deren Anschaffung einer Gemeinde so wenig schwer fällt, dass sie leicht allgemein einzuführen ist, damit jeder Hauseigenthnmer sich bey jedem Nothfalle, sogleich damit zu versehen wisse. Eine dem Feuer auf einige Zeit widerstehende, ganz einfache und leichte Kleidung, würde die Rettungsmänner noch geschickter machen, den Flammen zu trotzen: und wenn auf die Rettung eines Menschen aus dergleichen Gefahren, noch überdies ein auszeichnender Preis gesetzet würde, so könnte man von einer solchen Bestellung gewiss den herrlichsten Segen hoffen."

Die Hamburgische Gesellschaft hatte in den ersten 25 Jahren ihres Bestehens von 1769—1793 im Ganzen 187 Fälle von Rettungen zu verzeichnen, von welchen 75 erfolgreiche waren. Für diese wurden bei der Stadtpräfectur 3097, bei der Gesellschaft 1388 Mark an Belohnungen bezahlt, während die Kosten für die Anschaffung und Erhaltung der Rettungsgeräthe 3462 Mark betrugen. Von 1794—1825 wurde bei 703 Personen chirurgische Hülfe angewendet, welche bei 497 von Erfolg begleitet war. Durch schnelles Herausziehen ohne chirurgische Hülfe wurden im gleichen Zeitraum 1324 Personen gerettet, so dass von 1769 bis 1825 die Gesammtsumme der Geretteten 1896 betrug. Von 1794 bis 1825 wurden 16 256 Mark an Prämien ausgezahlt, der Werth der Ehrenmedaillen betrug 1477 Mark, Anschaffung und Erhaltung der Rettungsgeräthe 17 641 Mark.

Das kurz erwähnte Hamburgische Mandat für die Rettung Verunglückter enthält sehr ausführliche Vorschriften und lautet:

Revidirtes und erweitertes Mandat, die Rettung der im Wasser verunglückten oder sonst erstickten Menschen betreffend.

Da die Erfahrung lehrt, dass die Rettung und Wiederherstellung im Wasser verunglückter oder sonst erstickter Menschen, der bisherigen Verordnungen und Anstalten ungeachtet, noch immer sehr oft blos durch Vorurtheil, Nachlässigkeit, Mangel an Theilnehmung und an Ordnung, zu späte Anwendung der nöthigen Hülfe, oder zu frühes Aufhören mit derselben, vereitelt wird: so haben Wir Bürgermeister und Rath der Stadt Hamburg Uns bewogen gefunden, zur möglichsten Wegräumung dieser Hindernisse, und zur möglichsten Beförderung dieses heilsamen Endzwecks, die bisher hierüber ergangenen Verordnungen folgendermassen zu erneuern, zu erweitern und näher zu bestimmen:

Jedermann muss möglichst zur Rettung beitragen, und sich nicht durch ungegründete Vorurtheile oder Besorgnisse abhalten lassen.

1. Zuförderst wird Jedermann wiederholt erinnert und ermahnt, so wie überhaupt zu der schon ohnehin einem jeden als Menschen und als Christen obliegenden Fürsorge für die Rettung und Wiederherstellung der Verunglückten, also auch insbesondere zur Befolgung der nachstehenden Vorschriften, alles mögliche beizutragen, und sich davon nicht durch das durchaus ungegründete Vorurtheil abhalten zu lassen, als ob das eigenmächtige Anrühren, Herausziehen oder Aufnehmen eines im Wasser Verunglückten, Erdrosselten oder sonst Erstickten, besonders wenn solcher etwa sich selbst das Leben habe nehmen wollen, verboten oder ehrenrührig

sey; oder als ob man dadurch in Weitläufigkeit und Kosten gerathen könne; oder als ob bei einem bereits erstarrten oder todtscheinenden Körper keine Hülfe mehr möglich sey. Vielmehr wird einem Jeden, der einen solchen Körper in sein Haus aufnimmt, möglichst schnelle Beschützung seines Hauses gegen allen Anlauf, möglichst schnelle Abnahme des etwa nicht wieder belebten Körpers, und gänzliche Entfreiung von allen Unkosten, vielmehr im Gegentheil billige Erstattung aller etwa durch die Aufnahme oder durch die Herbeischaffung von Betten, Decken und sonstigen Geräthen, veranlassten Schäden und Kosten, und verhältnissmässiger Antheil an den nachher zu erwähnenden Belohnungen obrigkeitlich zugesichert.

Verfahren beim Herausziehen, Transportiren und Behandeln bis zur Ankunft des Arztes oder Wundarztes.

2. Da die Möglichkeit der Rettung grösstentheils mit von der Art, wie der Körper aus dem Wasser gezogen, transportirt und bis zur Ankunft des Arztes oder Wundarztes behandelt wird, und von der hiebei anzuwendenden gehörigen Vorsicht abhängt, so erinnern und ermahnen wir Jedermann, und besonders alle diejenigen, welche sich auf dem Wasser oder in dessen Nähe aufhalten, in Absicht aller dieser Punkte, die hierüber von der hiesigen Gesellschaft zur Beförderung der Künste und nützlichen Gewerbe entworfene und zugleich mit diesem Mandat unter No. 1 publicirte Anweisung, sich wohl bekannt zu machen, selbige fleissig nachzulesen, und in vorkommenden Fällen zu befolgen; gleichwie solches der in dieser Stadt in Militär- oder sonstigen Diensten stehenden Mannschaft, hiemit alles Ernstes geboten wird.

Wohin der Körper zu bringen ist.

3. Da die möglichst schnelle Aufnahme des Verunglückten an einen gesunden, geräumigen und im Winter leicht zu erwärmenden Ort, und die möglichst schleunige Fürsorge für die Erwärmung des Aufenthalts sowohl, als des Körpers selbst, für die Herbeischaffung der dazu erforderlichen Decken und Geräthe, und für die Leistung der nöthigen Handreichung, ein zweites, durchaus unentbehrliches Erforderniss der Rettung ist: so hegen Wir das feste Vertrauen, dass ein jeder in der Nähe des Unglücksfalles wohnender Hausbewohner, so viel die Umstände es erlauben, zu diesem Werk der Liebe, auch ohne gesetzliche Vorschrift, und ohne Rücksicht auf die nachher zu erwähnenden Belohnungen, gerne und freiwillig die Hand bieten werde; wie sich denn bereits die meisten hiesigen Amts-Wundärzte und Bader, und einige andre hiesige Bürger, rühmlichst dazu erboten haben. In so ferne aber keiner der Anwohnenden sich freiwillig zur Aufnahme des herausgezogenen Körpers erbieten möchte, ist derselbe, unter sorgfältiger Beobachtung der in der gedachten Anweisung No. 1 beschriebenen Vorsicht, sofort, auf allen Fall, und wenn er gleich noch so lange im Wasser gelegen (blos den einzigen Fall ausgenommen, wenn er bereits in völlige stinkende Fäulniss übergegangen), nach den nächsten von den, in der Nachweisung No. 2 namhaft gemachten Aufnahme-Oertern zu bringen, und zugleich die nächste Wache herbeizurufen; indem alle Soldaten und andre Wachen nicht nur von diesen Aufnahme-Oertern besonders unterrichtet, sondern auch zur unverzüglichen Beihülfe bei dem Transport, und zur unverzüglichen Besetzung desjenigen Hauses oder sonstigen Aufenthalts, in welches der Körper gebracht worden, beordert sind.

Wer in den Aufnahme-Ort eingelassen werden darf.

4. Alles Eindringen müssiger Zuschauer in dasjenige Haus oder sonstigen Aufenthalt, wohin der Verunglückte gebracht worden, wird hiemit gänzlich

untersagt; indem es nicht nur eines Theils äusserst unbillig wäre, denjenigen, der seine Wohnung aus Menschenliebe hierzu einräumt, dadurch in Ungelegenheit und Unsicherheit zu setzen; sondern auch andern Theils durch diesen Anlauf der Platz beengt, die zur Herstellung unumgänglich erforderliche reine Luft verdorben, und die Rettung selbst verhindert wird. Es ist daher den Wachen bei strenger Strafe verboten, ohne ausdrückliche Erlaubniss des Hausbewohners, oder des zuerst angekommenen Arztes oder Amts-Wundarztes, schlechterdings keinem andern den Eintritt zu gestatten, als:

a) den beiden zuerst herbeikommenden Aerzten, und den beiden zuerst herbeikommenden Amts-Wundärzten, und, wenn diese noch nicht da sind, den beiden zuerst kommenden Wundarzt-Gesellen;

b) dem Rahts-Wundarzt, in Rücksicht seines Amts-Geschäftes;

c) dem zu den Rettungs-Anstalten deputirten Vorsteher der Gesellschaft zur Beförderung der Künste und nützlichen Gewerbe, in Rücksicht auf die nachher zu erwähnenden, von der Gesellschaft zu ertheilenden Belohnungen;

d) von den Angehörigen des Verunglückten nur höchstens drei zur Zeit, jedoch dass ihrer mehrere sich abwechselnd folgen dürfen.

Noch weniger aber dürfen die Wachen sich unterstehen, von irgend Jemanden Trinkgelder zu fordern oder anzunehmen.

Anstellung der Versuche zur Wiederherstellung.

5. Das dritte Erforderniss zur Rettung ist die schleunige Herbeirufung des nächsten Arztes oder Wundarztes, von denen man schon ohnehin, nach ihren besondern Berufspflichten, auch unaufgefordert, alle Willigkeit zur schnellsten Anstellung der nöthigen Rettungsversuche und alle Beharrlichkeit bei deren, in Rücksicht auf die oft erst nach mehreren Stunden gelingende Herstellung, unermüdet fortzusetzenden Anwendung mit Recht erwarten kann; wobei die auch hierüber von der Gesellschaft zur Beförderung der Künste und nützlichen Gewerbe für weniger Kundige bekannt gemachte, und in allen Wachthäusern, auch Barbier- und Badstuben zugleich mit diesem Mandat unter No. 3 affigirte Anweisung sorgfältigst zu befolgen, auch von den in dieser Absicht von der gedachten Gesellschaft angeschafften, mit den erforderlichen Arzeneien und Geräthschaften versehenen Rettungskasten sofort aus den, unter der eben erwähnten Anweisung No. 3 sowohl, als in der Nachweisung No. 2 bemerkten Aufbewahrungs-Oertern, der nächste ohne Zeitverlust herbeizuholen ist.

Bei entstehender Collision mehrerer Aerzte oder Wundärzte gebührt billigerweise die Direction der Behandlung

a) demjenigen promovirten Arzt, Amts-Wundarzt, oder Amts-Bader, in dessen Haus der Körper aufgenommen wird, falls derselbe zu Hause ist, und die Rettungsversuche sogleich anstellt;

b) in jedem andern Fall, dem ersten sich einfindenden promovirten Arzt oder Amts-Wundarzt, unter Mitzulassung nicht mehr als noch eines zweiten Gehilfen, in sofern er nicht etwa freiwillig ihrer mehrere zuziehen will;

c) so lange kein promovirter Arzt oder Amts-Wundarzt da ist, jedem andern auch unzünftigen Wundarzt oder Wundarzt-Gesellen, jedoch dass dieser, sobald ein promovirter Arzt oder ein Amts-Wundarzt sich einfindet, diesem die Direction überlasse;

d) wenn dieser die Versuche zur Belebung als hoffnungslos aufgiebt, jedem andern Arzt, Wundarzt oder sonstigen Sachkundigen, der geneigt seyn möchte, dieselben, in der Hoffnung einer noch möglichen späteren Rettung, annoch länger fortzusetzen.

Belohnungen und Entschädigungen.

6. Zur Belohnung derjenigen, welche in dieser Stadt und deren Gebiet einen anscheinend Ertrunkenen oder sonst Erstickten durch ihre Bemühungen wirklich gerettet haben, und dass solches geschehen, nach Erkenntniss erweislich machen, imgleichen zur billigen Vergütung für den durch die Aufnahme des Verunglückten etwa erweislichermassen erlittenen Schaden, bleibt auch künftig, so wie bisher, eine verhältnissmässige Vergütung ausgesetzt, welche sich für jeden Fall zusammen bis zu Einhundert Mark Cour. erstrecken darf, und von dem ersten Herrn Gerichts-Verwalter, als bei welchem deshalb innerhalb dreien Tagen die Anmeldung geschehen muss, nach Beschaffenheit der Fälle und Umstände dergestalt vertheilt werden wird, dass im Fall der wirklichen Rettung

a) diejenigen, welche dem Geretteten mit Gefahr ihres eignen Lebens, oder mit grosser Beschwerde, die erste Hülfe geleistet, und

b) diejenigen, welche ihre Wohnungen, Betten und Geräthe hergeben, vorzüglich Theil daran nehmen sollen, auch letztere selbst in dem Fall, wenn die Rettung nicht gelungen ist, eine billige Vergütung des erweislichermassen etwa erlittenen Schadens zu gewärtigen haben;

c) diejenigen Wundärzte und andre Sachkundige aber, welche die vorgeschriebenen Hülfsmittel zur Wiederherstellung gehörig angewendet haben, zuförderst, falls sie es verlangen, für jede gelungene Bemühung zwei Species Ducaten, und für jede nicht gelungene Bemühung einen Species Ducaten als Bezahlung erhalten; im Fall der gelungenen Rettung aber überdies annoch ihre eigentliche Belohnung von der Gesellschaft zur Beförderung der Künste und nützlichen Gewerbe zu gewärtigen haben.

Strafe derer, die die Rettung erschweren oder hindern.

7. Hingegen sollen diejenigen, welche die Rettung eines solchen Unglücklichen muthwilliger Weise erschweren oder hindern, oder gar Andern, die denselben helfen wollen, solches verwehren, imgleichen diejenigen, welche durch ihr Zudringen oder sonst die Rettungs-Versuche hindern, zur Verantwortung, und nach Befinden zu schwerer Strafe gezogen werden.

Uebrigens sollen zugleich mit diesem Mandat auch die obgedachten, von der Gesellschaft zur Beförderung der Künste und nützlichen Gewerbe bekannt gemachten, beiden Anweisungen, sammt der Nachweisung der Aufnahme-Oerter, sowohl in der Stadt, als in den Vorstädten und Stadt-Ländereien, in den Wachthäusern, Barbier- und Bad-Stuben, Herbergen, Wirths- und Krughäusern, Schenken und Krüger-Kellern, imgleichen bei den Landpredigern, Land-Schullehrern, Kirchspiels-Vögten, Land-Vögten und Hauptleuten, wie auch bei den Wundärzten auf dem Lande, umgetheilt, auch dieses Mandat von den Kanzeln verlesen, und solche Umtheilung und Verlesung wenigstens alle drei Jahre, so wie die Bekanntmachung in den Zeitungen alle Halbjahr wiederholt werden.

Wornach ein Jeder sich zu achten. Gegeben in Unsrer Raths-Versammlung, Hamburg, den 11. Februar 1793.

Anlagen des vorstehenden Mandats.

I. Anweisung über die Behandlung der ins Wasser gefallenen oder sonst erstickten Personen, bis zur Ankunft eines Arztes oder Wundarztes.

Bekannt gemacht auf Veranlassung der Hamburgischen Gesellschaft zur Beförderung der Künste und nützlichen Gewerbe. Im Februar 1793.

Vorsicht beim Herausziehen.

Verfahren, wenn man den Verunglückten nicht erreichen kann.

Verfahren im Eise.
Vorsicht beim Transport, und was weiter zu thun ist.
Was man nicht thun muss; und von der Entkleidung und Abtrocknung des Körpers.
Verfahren bei denen, die durch Erdrosseln, durch Kohlendampf oder sonst erstickt sind.
Warnung, dass der Mensch, wenn er gleich todt scheint, darum noch nicht allemal wirklich todt sey.

II. Nachweisung, wohin die aus dem Wasser gezogenen Körper zu bringen, und wo die Rettungskasten und sonstigen zur Rettung der Ertrunkenen dienlichen Geräthschaften zu finden sind.

III. Kurze Anleitung für Wundärzte und Wundarzt-Gesellen, über die nöthigen Vorkehrungen zur Wiederherstellung im Wasser verunglückter oder sonst erstickter Menschen.

1. Entkleidung und Abtrocknen.
2. Herstellung der Wärme.
3. an der Herstellung des Athemholens.
4. Herstellung des Gefühls durch gelinde innre und äussre Reizmittel.
5. Die Wiederherstellung des Blutumlaufes.
6. Weiteres Verfahren.
a) Bei der Wiederkehr von Lebenszeichen.
b) Wenn die angewandten Mittel nicht gelingen.
7. Bedenkliche Mittel.

IV. Ordres für die Wachen, die Dienstleistung zur Rettung im Wasser verunglückter oder sonst erstickter Personen betreffend.

Hamburg, im Februar 1793.

In Absicht der Dienstleistung zur Rettung im Wasser verunglückter oder sonst erstickter Menschen sind folgende Vorschriften von sämmtlichen Wachen (so viel nämlich die Anzahl der in der Wache vorhandenen und zu entbehrenden Mannschaft solches möglich macht), auf das pünktlichste zu befolgen:

1. Auf die erste Nachricht, dass ein Mensch ins Wasser gefallen oder in demselben gefunden sey, müssen eiligst einige Mann hingeschickt werden, um den Körper, wenn er gleich bereits noch so lange im Wasser gelegen, unter der in der Anweisung No. 1. Art. 2 bis 3. vorgeschriebenen möglichsten Vorsicht aus dem Wasser zu ziehen, oder falls man hiebei schon beschäftigt seyn sollte, hülfreiche Hand dabei zu leisten.

2. Eben so eilig muss die in der Wache befindliche Tragbahre hingebracht, der Körper halbsitzend darauf gelegt, und falls nicht einer der Anwohnenden sich freiwillig zur Aufnahme entbieten sollte, unter der gleichfalls in der Anweisung No. 1. Art. 4. vorgeschriebenen, möglichsten Vorsicht, nach dem nächsten der unter der Nachweisung No. 2. bemerkten Aufnahmeörter hingebracht, und dort bis zur Ankunft des Arztes oder Wundarztes nach Vorschrift des Art. 4 und 5. der Anweisung No. 1. mit dem Körper verfahren werden; und alles dieses bei schwerer Verantwortung auch alsdann geschehen, wenn gleich der Körper längere Zeit im Wasser gelegen hat, und nicht die mindesten Zeichen des Lebens mehr an demselben zu bemerken sind; den einzigen Fall ausgenommen, wenn derselbe bereits in völlige stinkende Fäulniss übergegangen ist.

3. Einige andre Mann müssen indessen den nächsten Arzt und den nächsten Wundarzt herbeirufen (welche letztre gleichfalls aus der Nachweisung No. 2. zu ersehen sind); imgleichen den in der Wache befindlichen Rettungskasten sofort nach demjenigen Ort hinbringen, wo der Körper hingebracht worden, und falls

in der Wache selbst kein Rettungskasten vorhanden ist, solchen gleichfalls aus dem in der Nachweisung Nr. 2. zu ersehenden Aufbewahrungs-Ort schleunigst herbeiholen.

4. Alles dieses muss auf gleiche Weise geschehen, wenn ein solcher Körper ohne Zuthun der Wache an die Wache oder an die Posten gebracht werden sollte.

5. Falls der Körper, der Anweisung gemäss, in ein Wachthaus gebracht worden, so muss sogleich der Eingang besetzt, und es dürfen, bei Vermeidung nachdrücklicher Strafe, überall keine andre Personen eingelassen werden, als:

a) die beiden zuerst herbeikommenden Aerzte oder Amts-Wundärzte, und wenn diese noch nicht da sind, die beiden zuerst herbeikommenden Wundarzt-Gesellen;

b) der Raths-Wundarzt;

c) der zu den Rettungs-Anstalten deputirte Vorsteher der Gesellschaft zur Beförderung der Künste und nützlichen Gewerbe;

d) von den Angehörigen des Verunglückten nicht mehr als drei zur Zeit; und müssen, wenn ihrer mehrere sind, diese sich abwechselnd folgen.

Am allerwenigsten aber dürfen, bei schwerer Verantwortung, Trinkgelder weder gefodert noch angenommen werden.

6. Falls hingegen der Körper anderswo, es sey in einem öffentlichen oder in einem Privathause, aufgenommen oder vorschriftsmässig hingebracht worden, so müssen sofort zwei, nöthigenfalls mehrere Mann mit Lanzen den Eingang besetzen, und nicht eher, bis der Verunglückte entweder lebendig oder todt weggebracht worden, denselben verlassen; auch ebenfalls, bei Vermeidung der nachdrücklichsten Strafe und unter schärfster Untersagung aller Trinkgelder, Niemand den Eingang verstatten, als den eben vorher benannten Personen; es wäre denn, dass der Herr des Hauses irgend Jemanden die ausdrückliche Erlaubniss zum Einlass ertheilte.

7. Demjenigen Arzt oder Wundarzt, der die Direction bei den Wiederbelebungs-Versuchen führt, muss die Wache alle hiezu von ihm verlangte Handreichung und Dienstleistung willig erweisen.

8. Uebrigens ist in jedem Fall die gewöhnliche Anzeige bei dem Wohlw. Herrn Gerichtsverwalter, und wo es sonst gewöhnlich, gleichfalls ohne Verzug zu beschaffen.

9. Sollte in der Wache zu den sämmtlichen hier vorgeschriebenen Besorgungen nicht Mannschaft genug vorhanden seyn, so muss die nächste Wache mit zu Hülfe geholt werden.

10. Auch in dem Fall, wenn die Bürgerwache, Artillerie- oder Nachtwache sich der Fürsorge für den Verunglückten zuerst angenommen hätte, ist die Soldatenwache erforderlichen Falls zu allen hier erwähnten Hülfleistungen mit beizutreten schuldig.

11. Die in sämmtlichen, in der Nähe des Wassers liegenden, Wachen befindlichen Tragbahren sowohl, als die in mehreren Wachen befindlichen Rettungskasten, müssen sorgfältig aufbewahrt, und so hingestellt werden, dass sie keinen Schaden leiden können; auch darf der versiegelte Schlüssel der Rettungskasten nicht anders entsiegelt, und die Kasten selbst nicht anders geöffnet werden, als von dem zuerst ankommenden Arzt oder Wundarzt, oder von den zu den Rettungsanstalten deputirten Mitgliedern der Gesellschaft zur Beförderung der Künste und nützlichen Gewerbe, als welche auch zu einer von Zeit zu Zeit vorzunehmenden Nachsehung dieser Rettungskasten berechtigt sind.

12. Wenn die Wachen diese ihnen vorgeschriebene Dienstpflicht getreu und mit Eifer erfüllen, so sollen sie an den in dem Mandat versprochenen Beloh-

nungen einen, von dem Wohlw. Herrn Gerichtsverwalter zu bestimmenden, verhältnissmässigen Antheil zu gewarten haben.

Von anderen Städten, in welchen nach dem Vorbilde von Holland Rettungsanstalten errichtet wurden, ist Venedig zu nennen, von wo aus diese in Italien weitere Verbreitung fanden, ferner London, dessen Anstalten vielen anderen Städten nicht nur in England und Schottland (Edinburg), sondern auch in Nordamerika und Ostindien zum Muster dienten. 1772 wurde in Kopenhagen eine Rettungsanstalt begründet, und nach Hamburger Muster erhielten viele Städte in Deutschland ähnliche Einrichtungen, so Danzig, Eutin, Hannover, Leipzig, Swinemünde, Stralsund. Ausserdem begann in Oesterreich der Gedanke der Nothwendigkeit von der Einrichtung von Rettungsvorkehrungen sich Bahn zu brechen, so in Prag seitens der Humanitätsgesellschaft 1792 durch Zarda's Bemühungen, in Brünn 1801, in Wien 1803. In diesen Städten wurden zuerst Verordnungen zur Wiederbelebung Verunglückter erlassen, dann wurden bald eigene Anstalten errichtet.

Auch in Moskau wurde 1805 eine Rettungsgesellschaft begründet, welche an 15 Flussstellen in der Stadt, wo Personen am häufigsten badeten, Rettungsgeräthe in Bereitschaft stellte. Ihr Gebrauch wurde von den Polizeiwundärzten eines jeden Stadtbezirks beaufsichtigt. Eine Anzahl von Mitgliedern des Invalidencommandos war stets bereit, den Ertrunkenen zu Hülfe zu kommen, eine Thätigkeit, welche an die der Sanitätscolonnen der Kriegervereine erinnert. Von einem Arzt wurde diesen und allen Personen, welche sich meldeten, Unterricht in den Hülfsleistungen ertheilt. Ein Theil eines von Gönnern geschenkten Capitals wurde zum Ankauf von Geräthen verwendet, ein anderer angelegt, und von den Zinsen Prämien an die Invaliden bezahlt und die Werkzeuge erhalten. Solche Belohnungen waren in damaliger Zeit von allen Gesellschaften ausgesetzt, um wie auch heute die Retter zum Eifer für ihr Werk anzuspornen.

Einzelne dieser Einrichtungen sollen noch eingehender geschildert werden. In Lübeck hatte die am 27. Januar 1789 vom Prediger Ludwig Suhl begründete „Gesellschaft zur Beförderung gemeinnütziger Thätigkeit“ auf Anregung von Dr. Johann Julius Walbaum 1791 eine Rettungsanstalt für im Wasser Verunglückte errichtet. Diese Gesellschaft hatte also den gleichen Plan wie die Schwestergesellschaft in Hamburg aufgenommen. Hier wie in Hamburg wurden Prämien für Diejenigen bestimmt, welche sich am Rettungswerke betheiligten. Ferner sollten nach bestimmter Anleitung Wiederbelebungsversuche ausgeführt, jedoch so schnell als möglich eine wundärztliche Hülfe beschafft werden. Auf diesen bereits damals ausgesprochenen Grundsatz muss besonders hingewiesen werden.

Eine von Walbaum verfasste Anleitung für Wiederbelebungsversuche wurde in 2000 Stücken gedruckt und besonders ausserhalb der Stadt an Schullehrer, Landleute, Müller und Fischer vertheilt. 1794 wurde im benachbarten Eutin und auch in Travemünde die Errichtung gleicher Anstalten angeordnet. Die Gesellschaft hatte drei Wachen, zu welchen

im Jahre 1834 noch eine vierte hinzugefügt wurde. Von jener Zeit an wurden statt der Geldprämien goldene und silberne Medaillen verliehen. Auch die Ankündigung der Wachen geschah damals in einer ziemlich gleichen Weise wie heute, indem an geeigneten Plätzen schwarze Tafeln mit Angabe der nächsten Wachen aufgehängt wurden. Bis zum Jahre 1857 kamen mehr als 1400 Fälle von Rettungen vor.

Der bereits erwähnte Pia errichtete 1772 in Paris ähnliche Anstalten, Postes de secours längs der Seine, welche Rettungskästen mit allen Geräthen zur Wiederbelebung Ertrunkener und Bewusstloser enthielten. 1774 wurden in Lyon, Rouen, Nantes, Rennes, la Rochelle, Amiens, 1779 in Chalons, Sceaux, Tours, Lille, Toulouse, Vannes, Bourges, Arcis-sur-Aube, Gien, Meaux gleiche Vorkehrungen getroffen.

Sehr interessant ist der im ursprünglichen Wortlaute hier abgedruckte Befehl aus Caën von 1783, welcher als Anschlag an bestimmten Stellen, Brücken, Flussufern etc. angeheftet wurde:

Avis important
publié par ordre
de Mgr l'intendant
de la generalité de Caen,
sur les moyens pratiqués avec succès pour secourir
I°. les Personnes noyées; 2°. celles qui ont été suffoquées par des Vapeurs méphitiques, telles que celles du charbon, du vin, des mines, etc. 3°. les Enfans, qui paroissent morts en naissant etc. qu'il est facile d'appeler à la vie.

Secours pour les Noyés.

I. Ces secours doivent être administrés le plus promptement possible, dans le bateau même qui aura servi à pêcher la personne noyée, sur le rivage, ou dans un autre endroit proche et commode, si l'on peut s'en procurer un.

II. Il faut dépouiller le Noyé de ses habits mouillés, et les fendre d'un bout à l'autre, si l'on ne peut les lui ôter promptement. Il faut bien essuyer son corps avec de la flanelle, et l'on doit le couvrir le mieux qu'il sera possible; au lieu d'une chemise qu'on passeroit difficilement, on se servira de la camisole de flanelle qu'on trouvera dans la Boite qui contient les remedes et les instrumens propres au traitement des Noyés.

III. On fera des frictions sur tout le corps avec un morceau de flanelle rude et seche. On l'imbibera ensuite de quelque liqueur spiritueuse, telle que l'eau de mélice, l'esprit de vin camphré, l'eau vulnéraire camphrée, etc.

IV. On versera dans la bouche du

Secours pour les Personnes suffoquées par des Vapeurs méphitiques.

I. Le premier secours qu'on doive donner aux personnes suffoquées par la vapeur du charbon, des liqueurs en fermentation, c'est de les exposer au grand air. Il faut leur ôter leurs vètemens sans craindre le froid. L'observation prouve que la chaleur est alors plus préjudiciable qu'utile: elle n'est que trop grande dans ces sujets, sans qu'il faille l'augmenter.

II. L'usage des acides, du vinaigre principalement, est fort utile en pareil cas; c'est pourquoi l'on doit en faire usage à la personne suffoquée, soit en boisson, soit en lavement, en observant de le couper avec deux ou trois parties d'eau. On mettra sous le nez du Suffoqué, à diverses reprises, du vinaigre des Quatre-voleurs, et on lui sera des frictions sur tout le corps avec un morceau de flanelle trempée dans ce même vinaigre.

III. Bien loin de mettre les suffoqués dans des lits de cendres, comme on

Noyé quelques gouttes de vin chaud, de l'esprit de vin, de l'eau de mélice, etc. etc. dès que le mouvement de déglutition sera rétabli, on pourra lui faire avaler quelque petite cuillerée de ces liqueurs. Ce traitement administré, on tâchera de faire avaler au Noyé un peu d'eau émétisée.

V. Cependant on s'empressera d'allumer proche du Noyé un bon feu, et on lui appliquera des briques chaudes, couvertes d'un linge, à la plante des pieds, sur le ventre et sous les aiselles; et si on le peut, on le couchera dans un lit muni de bonnes couvertures.

VI. On lui poussera de l'air dans les poumons: et la meilleure manière d'y parvenir, c'est d'introduire le tuyau d'un soufflet dans une des narines, et de comprimer l'autre avec des doigts. On peut, au défaut d'un soufflet, se servir d'un tuyau quelconque, qu'on introduira dans la même voie. Il est plus avantageux de pousser l'air dans les narines que dans la bouche, parce qu'il parvient ainsi plus facilement dans la trachée-artere, et que d'ailleurs beaucoup de Noyés ont la bouche fermée par la convulsion des muscles de la mâchoire inférieure, et qu'on ne pouroit l'ouvrir sans violenter les parties.

VII. Il faut donner au Noyé un lavement irritant quelconque. On s'est servi du suivant avec succès. Prenez, fueilles seches de tabac, demi-once; sel marin, trois gros; faites bouillir dans pinte et demie d'eau, réduisez à pinte, coulez, etc. Si le Noyé ne rend pas le premier lavement, on peut lui en donner un second, sur-tout lorsque le Noyé tarde à reprendre l'usage de ses sens.

VIII. Lui chatouiller le dedans de la gorge et des narines avec la barbe d'une plume, avec la fumée de tabac, de l'eau de luce, de l'esprit volatil de sel ammoniac, de l'eau de la reine d'Hongrie, etc.

IX. La saignée ne doit point être négligée dans les sujets dont le visage est rouge, violet, noir, dont les membres sont flexibles et chauds, les yeux luisans et gonflés. La saignée à la jugulaire est le fait à l'égard des Noyés, il faut leur jetter par-dessus de l'eau froide, à diverses reprises; et comme leurs vaisseaux, sur-tout ceux du cerveau, sont gorgés d'un sang très-raréfié, et que leur corps est très-chaud, il n'y a rien de plus préjudiciable que l'administration des liqueurs spiritueuses, de l'émétique et des fumigations par le fondement.

IV. L'introduction de l'air dans les poumons est extrêmement utile; ce secours seul à suffi pour rendre la vie à diverses personnes. Pour remplir cet objet, on se comportera de la même manière qu'il a été dit ci-dessus, No. 6, article des secours pour les Noyés.

V. Ces secours suffisent ordinairement pour rappeller à la vie les personnes suffoquées par des vapeurs méphitiques; mais s'ils tardent à opérer de salutaires effets, il faut recourir à la faignée. On doit pratiquer celle de la jugulaire, lorsque le sujet est dans un assoupissement léthargique, que son visage est rouge et que son corps est chaud: bien plus, on doit saigner ceux qui, après avoir éprouvé les symptômes de la suffocation, ont des maux de tête et des foiblesses de jambes; sans cette attention, ils pourroient mourir apoplectiques, demeurer imbécilles, et paralytiques de quelque membre, etc.

Sur les Secours qu'il faut administrer à quelques Enfans qui paroissent morts en naissant.

A peine les enfans sont-ils sortis du sein de leur mere, qu'ils font des efforts pour respirer. L'air pénètre facilement les poumons de quelques-uns: dans d'autres il s'y insinue avec peine; et il est des enfans qui ne pourroient respirer si on ne venoit à leurs secours: ils sont si foibles, qu'ils ne donnent aucun signe de vie; et malheureusement on confond souvent cette mort apparente avec leur mort réelle, se qui fait qu'on les abandonne sans aucun secours. Le plus efficaces sont, I⁰. de ranimer la chaleur vitale, en plongeant le nouveau, né dans un bain tiède; 2⁰. de pousser de l'air

la plus efficace en pareil cas: à son défaut, on saignera du pied. Mais il faut éviter toute espèce de saignée sur des corps glacés, et dont les membres commencent à se roidir. On doit au contraire s'occuper à rechauffer les Noyés qui se trouvent dans ce cas.

X. Lui presser avec la main doucement et à diverses reprises le ventre et la poitrine, et lui souffler dans des poumons, à la faveur d'une ouverture pratiquée à la trachée-artere.

XI. Enfin, pour dernier secours, lui introduire de la fumée de tabac dans le fondement, par le moyen de la machine fumigatoire qu'on trouve dans la Boite, etc. Lui appliquer les vésicatoires aux jambes ou à la nuque, et enfin lui faire quelques incisions à la plante des pieds.

Nota. Que le secours qu'on employe pour rappeller les Noyés à la vie, ne seront efficaces, qu'autant qu'ils seront administrés avec ordre pendant long-tems et sans interruption; que dans tous les cas on doit, s'abstenir de prendre les Noyés par les pieds, de les rouler dans un tonneau défoncé: ces methodes font absurdes, et pourroient faire périr l'homme le plus vigoureux.

dans les poumons, soit en appliquant la bouche immediatement sur celle de l'enfant, soit par le moyen d'un petit tuyau dont on introduiroit une extrémité dans la bouche de l'enfant, et dans l'autre extrémité duquel on souffleroit à diverses reprises avec plus ou moins de force: c'est ainsi qu'on détache les matières muqueuses qui remplissent les bronches, et qu'on facilité, la respiration des nouveaux-nés, etc. etc.

Extrait des Memoires de M. Portal, Medecin Consultant de Monsieur, de l'Académie royale des Sciences, publiés par ordre du Gouvernement.

A Caen, de l'imprimerie de G. Le Roy, Imprimeur du Roi. 1783.

In London wurde 1774 die Royal Humane Society begründet, welche in ihrer damaligen Gestaltung noch heute besteht. Dr. Cogan hatte die Geschichte der Amsterdamer Rettungsgesellschaft 1773 ins Englische übersetzt, Dr. Johnson im gleichen Jahre einen Bericht über diese und Rettung von Verunglückten veröffentlicht und Dr. Hawes den Plan für die Errichtung der Gesellschaft entworfen. Letzterer bot öffentlich Prämien für Rettung von Personen an, welche zwischen der London- und Westminster-Brücke gerettet und an bestimmte Plätze am Ufer gebracht wurden. Während eines ganzen Jahres bezahlte er die Prämien selbst. Die Gesellschaft wurde zunächst von 32 Mitgliedern begründet. Noch heute steht im Hyde-Park in London das 1834 erbaute „Receiving-house Royal Humane Society", welche wie die anderen damals bestehenden Gesellschaften durch freiwillige Beiträge erhalten wird. Die Beschreibung der Anstalten der Gesellschaft entlehne ich, unter Ergänzung der Zahlen, meiner Arbeit in der Deutschen Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege.

„Die englische Gesellschaft steht unter dem Protectorat der Königin; sie bezweckt in erster Linie die bewährtesten Verfahren zur Wiederbelebung Ertrinkender und Scheintodter kennen zu lernen und zu ver-

breiten, ausserdem Geräthschaften zur Rettung und Wiederbelebung in Bereitschaft zu halten, Ehrenzeugnisse und Geldbelohnungen an Personen zu verleihen, welche mit oder ohne Erfolg Ertrinkende oder in Bergwerken, Schachten oder Canälen u. s. w. Verunglückte zu retten versuchten, und Schwimmübungen an Schulen und Gelegenheiten für Wassersport zur Ausbreitung der Kenntnisse und praktischen Versuche zur Wiederbelebung Ertrunkener einzurichten. Die Gesellschaft verleiht goldene, silberne und bronzene Medaillen, Ehrenzeugnisse und Geldbelohnungen für alle einschlägigen Rettungsfälle in ganz England und den Colonien. Die Medaillen werden auch an Angehörige des Landheeres und der Marine verliehen und von diesen auf der rechten Brustseite der Uniform angelegt.

Die Station der Gesellschaft im Hyde-Park besteht aus einem Hause, in welchem ausser der Wohnung für den dort im Dienst befindlichen Beamten mehrere Zimmer für verunglückte Männer und Frauen eingerichtet sind. In dem genannten Wasser baden an heissen Sommertagen in den Morgenstunden bis zu 6000 Personen, im Winter wird fleissig Schlittschuhsport auf dem zugefrorenen Gewässer geübt, so dass ein besonderer Rettungsdienst hier ganz ausserordentlich am Platze erscheint, für welchen ausser dem Vorsteher eine Frau und drei Bootsmänner in Bereitschaft sind. In den Zimmern befinden sich vier Betten zur Aufnahme von Männern und drei für Frauen, in denen die Verunglückten, bis sie fortgeschafft werden können, verbleiben. Für beide Abtheilungen sind Badewannen mit doppelten Wänden hergerichtet, in denen durch Gasfeuerung schnellstens warme Bäder für Bewusstlose bereitet werden können. Auch ein Tisch, dessen Platte künstlich erwärmt werden kann, ist vorgesehen. In einem Raume sind unter Glas Modelle alter und neuer Rettungsgeräthe für Ertrinkende ausgestellt, welche zum Theil den bereits geschichtlich gewordenen der alten Holländischen und Hamburgischen Gesellschaft entsprechen, zum Theil in natürlicher Grösse in der geräumigen Materialkammer der Station zur jetzigen Benutzung vorhanden sind. Vier Eisboote, welche durch Drehung grosser seitlicher Räder seitens der Insassen auf dem Eise fortbewegt werden können, werden hier aufbewahrt, ferner zahlreiche andere Geräthe, wie Eisleitern u. s. w., welche auf dem Eise bis zu der Unglücksstelle hingeschoben werden, um dem Verunglückten Hülfe zu bringen. Die Aufnahmezimmer sind blitzend sauber gehalten, die Wände mit Oel gestrichenem Holz getäfelt, welches leicht gereinigt werden kann.

Unmittelbar am Ufer des Sees liegt ein Bootshaus, in welchem drei Rettungsboote zur Hülfe für im Wasser Verunglückte untergebracht sind.

Die Thätigkeit der Gesellschaft ergiebt sich aus den Zahlen, welche im 127. Jahresberichte für 1900 niedergelegt sind. 619 Fälle wurden bei der Gesellschaft eingetragen. Belohnungen erhielten 741 Personen für gelungene Errettung von 679 Menschenleben. Von den 619 Fällen kamen:

| | | | |
|---|---|---|---|
| 426 auf England, | | 5 auf Indien, | |
| 22 „ Wales, | | 41 „ die Colonieen, | |
| 51 „ Irland, | | 27 „ auswärtige Staaten und das Meer. | |
| 47 „ Schottland, | | | |

Die Ausgaben betrugen 2625 Pfund, d. h. etwa 52500 Mark im Jahre 1900.

Die Zahl der ausgezeichneten Personen war sehr beträchtlich. Es erhielten:

| | | |
|---|---|---|
| die goldene Medaille . . . . . | 1 | Person, |
| „ silberne Medaille . . . . . | 15 | Personen, |
| „ bronzene Medaille . . . . . | 196 | „ |
| „ „ Schnalle . . . . . | 7 | „ |
| Ehrenzeugnisse auf Pergament . . | 376 | „ |
| „ „ Papier . . . . | 69 | „ |
| Geldbelohnungen . . . . . . . . | 57 | „ |

Die goldene Stanhope-Medaille wird alljährlich einmal zur Auszeichnung der besten Rettungsthat zur Erinnerung an Capitän Stanhope verliehen.

Unter den Ausgezeichneten befanden sich 44 Angehörige der Marine, der Küstenwachen und Marinereserven, 86 Beamte und Mannschaften des Landheeres, 14 Mitglieder der indischen, 1 der übrigen Colonieen, 32 von der Polizei.

Auch am Wasser in Regent's-Park hat die Gesellschaft jetzt eine Station errichtet und an mehr als 300 Stellen in und um London und an der Themse Geräthe zur Rettung Ertrinkender, Rettungsgürtel, Boote etc., angebracht".

Bis Ende des Jahres 1900 hatte die Gesellschaft 31085 Fälle von Rettungen zu verzeichnen.

Noch verdient eine Gesellschaft der Erwähnung, von welcher in späteren Jahren kaum noch die Rede, obwohl ihre Einrichtung und ihre Vorkehrungen ganz vorzügliche waren, die kurz angeführte Rettungsanstalt für Verunglückte in Wien von 1803. Da diese Anstalt eine behördliche war, während die in anderen Städten, in Amsterdam, Paris, London als freiwillige, von Privaten ins Leben gerufene und erhaltene zu gelten haben, so verdient der Inhalt des „Circulares", welches im Anhang der k. Wiener Zeitung No. 54 vom Jahre 1803 erschien, eine wortgetreue Wiedergabe:

Anhang zur k. Wiener Zeitung No. 54. — 1803.

Circulare

von der k. k. Landesregierung im Erzherzogthume Oesterreich unter der Enns.

Für die Residenzstadt Wien und deren Bezirk inner den Linien.

Errichtung einer Rettungsanstalt für Verunglückte und Todtscheinende.

„Durch ein höchstes Patent vom 1. Julius 1769, und durch das Regierungs-Circulare vom 23. Hornung 1799 sind zwar die Vorschriften öffentlich bekannt gemacht worden, nach welchen Personen, die durch einen Unglücksfall augenblicklich

um das Leben gekommen zu seyn scheinen, durch zweckmässige Hülfe gerettet, und wieder zum Leben erwecket werden können; indessen lehret doch die Erfahrung, dass fast bey einem jeden Fall die Rettung solcher Verunglückten, die nur wenn sie auf der Stelle versucht wird, möglich ist, durch mehrere Umstände erschweret und gehindert wird, und daher am sichersten nur durch die Vereinigung mehrerer Anstalten bewerkstelliget werden kann. Diese ni. öst. Landesregierung sieht sich nun durch die allerhöchste Gnade Sr. Majestät in der längst gewünschten Lage, zu diesem Ende hier in Wien eine eigene Rettungsanstalt für plötzlich Verunglückte und Todtscheinende einzuführen, wie solche zum Theil schon in mehreren Städten mit dem besten Erfolge bestehet; eine wohlthätige Anstalt, deren Zweck ist, die schleunigste und zweckmässigste Hilfe einem jeden, der in was immer für einem Theile der Stadt und der hiesigen Vorstädte verunglückt wird, auf der Stelle zu leisten.

Dem gesammten hiesigen Publikum wird demnach durch gegenwärtige Circular-Verordnung von dieser Anstalt dasjenige bekannt gemacht, was zu Jedermanns Wissenschaft und Benehmung zu dienen hat. Diese Rettungsanstalt begreift in sich die Vorbereitungen zur Hilfe, die Hilfleistung selbst, und die Belohnungen und Entschädigungen."

„Vorbereitungen für die Hilfeleistungen."

„1. Vor allem müssen die Aerzte und Wundaerzte in dem Rettungsgeschäft wohl unterrichtet seyn, es sind daher die Professoren der Arzney und Wundarzney angewiesen, von nun an über diesen wichtigen Gegenstand insbesondere jährlich einige Vorlesungen zu halten, und bey den Prüfungen keinen Arzt oder Wundarzt zu approbiren, welcher nicht hierin eine vollkommene Kenntniss hat."

„2. Die Wundärzte haben den besonderen Auftrag erhalten, ihre Lehrlinge und Gesellen in dem Rettungsgeschäfte zu unterrichten, und öfters zu üben."

„3. In jeder wundärztlichen Officin wird eine Rettungstafel, wie selbe am Ende dieses Circulares beygeschlossen wird, angeheftet, worin kurze Anweisungen über diesen Gegenstand enthalten sind."

„4. Da die Ertrunkenen sehr oft durch Schiffer und Fischer aus dem Wasser gezogen, und gerettet werden können, so werden auch diese angewiesen, sich in dem Rettungsgeschäfte der Ertrunkenen besonders unterrichten zu lassen und zu üben, auch"

„5. Dieses Circular sammt der Rettungstafel soll in seinem Wohnzimmer angeheftet werden und vor der Erlangung des Meisterrechtes muss jeder neue Erwerber sich ausweisen, ob er in dem Rettungsgeschäft der Ertrunkenen die gehörige Kenntniss habe."

„6. Da den meisten Menschen diese Unglücksfälle ausser der Wohnung zustossen, und es oft nicht möglich ist, den Verunglückten in seine Wohnung zu bringen, er aber nicht auf der offenen Strasse liegen bleiben kann, so muss er sobald als möglich in der Nähe, und zwar im Winter in ein warmes Zimmer untergebracht werden. Hierzu werden die Officinen der Wundärzte und die Baadhäuser vor allen bestimmt, und sind daher auch, wenn sie in der Nähe sind, zur Unterbringung des Verunglückten vorzuwählen, ausser diesen die Wirthshäuser, und die Wohnungen der Hausmeister. Wenn diese zu entfernt sind, so muss jede andere nächste Wohnung zu ebener Erde um so mehr dazu verwendet werden, als sich die Landesregierung bey den so oft geäusserten menschenfreundlichen Gesinnungen der hiesigen Einwohner mit voller Zuversicht überzeugt hält, dass auch unberufen und ungezwungen, in einem so besonderen Falle, und um seinem Mitmenschen sein Leben zu erhalten, Jedermann mit zuvorkommender Bereitwilligkeit willig und gerne seine Wohnung dazu auf diese kurze Zeit hergeben, einen solchen Unglücklichen auf so kurze Zeit einen Unterstand und Unterkunft in seiner Wohnung gewähren werde. Alles was

hierdurch in der Wohnung beschädigt oder verdorben worden ist, wird auf der Stelle vergüttet werden."

„7. Das Wichtigste zur Rettung ist das augenblickliche Herbeyschaffen der Rettungswerkzeuge und jener Arzneyen, welche die Wiederbelebung in jeder Art Unglücksfall bewirken. Es werden zu diesem Behuf an mehreren Orten eigends verfertigte Nothkästen vorhanden seyn, die von Jedermann überall, wo es nöthig ist, leicht hingetragen werden können, und worin alle Rettungswerkzeuge und Arzneyen, nebst einem ausführlichen Unterricht, wie selbe zu gebrauchen seyen, enthalten sind, und zwar:

In der Stadt 1. bei der Polizey-Oberdirection, 2. in der Officin des Polizey-Wundarztes auf dem hohen Markt, und in den Officinen der Wundärzte, 3. auf der Freyung, 4. auf dem Kohlmarkt im kleinen Michaelerhaus, 5. in der Weihburggasse, 6. in der Wollzeile, 7. am rothen Thurm und am Kärntnerthor.

In den Vorstädten auf einem jeden Grunde bey dem Richter, und in der Wohnung eines jeden Polizey-Bezirksdirectors.

Längst der Donau sind Nothkästen diesseits auf der Ladengestätte, in dem neuen Baadhaus, bey den Weissgärbern, in dem Mauthhaus an der neuen Brücke; jenseits der Donau 1. bey dem Baadhaus am scharfen Eck, 2. in dem Baadhaus auf der unteren Holzgestätte, 3. im Wirthshaus beym Jägerhaus im Prater, 4. in dem Mauthhaus beym Tabor, 5. in dem ersten Wirthshaus in der Brigittenau, 6. bey der ersten Aufseherhütte zwischen den Brücken; so wie dann auch in der Folge längst dem neuen Canal einige dieser Nothkästen vorhanden seyn, und die Orte sicherer Aufbewahrung seiner Zeit werden bekannt gemacht werden."

„8. Diejenigen, bey welchen diese Nothkästen aufbewahret sind, haben dafür zu sorgen, dass sie an einem trockenen Ort aufbewahret, und auch in ihrer Abwesenheit jeden Augenblick bey Tag und Nacht zum Gebrauch sogleich genommen oder geholet werden können."

„9. Der Stadtphysikus ist angewiesen, auf jene in der Stadt, die Bezirksärzte aber auf jene, die in ihren Bezirken vorhanden sind, die unmittelbare Aufsicht zu tragen, und sind verhalten, monatlich wenigstens einmal nachzusehen, ob sie im gehörigen Stande seyen, worüber sie in ihren monatlichen Rapporten der ni. öst. Regierung Rapport abzustatten haben."

„10. Ebenso wird auch nach dem jedesmaligen Gebrauch des Nothkasten von dem die Aufsicht führenden Arzt oder Wundarzt dafür Sorge getragen werden, dass alles gereinigt, und in Ordnung gebracht, das Verbrauchte ersetzet, und das Verdorbene repariret werde."

„11. Jährlich wird zweymal eine Hauptvisitation durch eine von dieser Landesregierung eigends abzuordnende Commission gehalten werden, wo alle Werkzeuge und Arzeneyen eines jeden Nothkasten, so wie auch die übrigen Rettungswerkzeuge werden untersuchet, und die nöthigen Ersetzungen und Verbesserungen vorgenommen werden. Bey dieser Gelegenheit werden auch Uebungen im Rettungsgeschäfte angestellet, und Versuche mit neuen Rettungsmitteln gemacht werden, damit sich diese Landesstelle selbst von dem guten Fortgang und Bestand dieser wichtigen Anstalt überzeuge."

„Hilfeleistung."

„12. Sobald Jemand einen auf was immer für eine Art Verunglückten gewahr wird, ist es nun, so wie jedem dazu schon sein eigenes Gefühl antreibt, leicht zu Hilfe zu eilen, und Hilfe herbeyzurufen, da oben schon alle jene Orte angezeigt worden, wo Hilfe zu suchen ist."

„13. Nach den bestehenden Polizeyvorschriften wird ohnehin schon jetzt bey einem jeden Unglücksfall nicht allein der nächste Wundarzt gerufen, sondern auch sogleich die Polizey-Direction davon verständiget werden; diess hat auch noch künftighin zu geschehen. Ist das Unglück in der Stadt geschehen, so wird der herbeyeilende Wundarzt unverzüglich die nächsten Rettungs-Instrumente abholen lassen, so wie von der Polizey-Oberdirection dieselben ebenfalls werden dahin geschicket werden."

„14. Wenn aber das Unglück in einer Vorstadt sich zugetragen hat, so hat man sich sogleich an die Grundrichter, die Polizey-Bezirksdirection, und den nächsten Wundarzt zu wenden, von beyden ersteren werden die Nothkästen unverzüglich zum Verunglückten gebracht, und von dem letzteren dieselben sogleich zur Hilfeleistung angewendet werden."

„15. Ist das Unglück an der Donau geschehen und Jemand ertrunken, so ist eben zu sorgen, dass von den benannten Orten die nächsten Nothkästen herbey gebracht, und indessen die nöthigen Vorkehrungen zur Rettung des Verunglückten getroffen werden".

„16. Die Polizey-Bezirksdirectionen haben den Auftrag, einen Kommissär nebst 2 Mann Polizeywache augenblicklich zum Verunglückten abzuordnen, auch davon der Landesregierung Nachricht zu geben."

„17. Es ist den Aerzten und Wundärzten zur strengsten Pflicht gemacht worden, wenn sie zu einem Verunglückten gerufen werden, unverzüglich demselben zu Hilfe zu eilen. Jede Saumseligkeit wird an denselben unnachsichtlich geahndet werden."

„18. Ist die Verfügung getroffen, dass an mehreren Orten, besonders längst der Donau zum Transportiren solcher Verunglückten eigens zu diesem Behuf verfertigte Tragkörbe vorhanden seyen, worauf sie ohne allen Schaden weggetragen werden können, wären dennoch irgendwo keine Tragkörbe in der Nähe, so werden sich hoffentlich unter den Umstehenden Menschenfreunde finden, die mit Vorsicht, indem der Kopf immer in die Höhe gehalten wird, den Verunglückten an seinen Bestimmungsort tragen werden."

„19. Die Polizeykommissäre sind angewiesen, alles veranstalten und herbeyschaffen zu lassen, was der Arzt oder Wundarzt nöthig findet. In Ermanglung eines Arztes oder Wundarztes sohin im Nothfalle werden sie selbst nach dem im Nothkasten enthaltenen Unterricht all jenes anwenden lassen, was darin vorgeschrieben ist, und unausgesetzt damit fortfahren, bis ein Arzt oder Wundarzt herbey kommt."

„20. Eben so werden die Polizeykommissäre darauf sehen, dass die Rettungsversuche mit grösstem Eifer und ohne Unordnung, und ohne sich ermüden zu lassen, angewendet, und lange fortgesetzt werden, indem man Beyspiele hat dass derley Verunglückte, besonders Ertrunkene, erst nach einer ununterbrochenen Fortsetzung der Rettungsversuche von mehreren Stunden wieder zum Leben gebracht worden sind."

„21. Eben wegen dieser Erfahrung darf kein Verunglückter, besonders ein kürzlich Ertrunkener, Erstickter, Erhenkter, Erfrorner, binnen der ersten vier Stunden, von dem Orte, wohin er gebracht ist, als todt verlassen, und weggeführet werden, und auch diejenigen, welche bereits wieder zum Leben gebracht worden sind, müssen noch längere Zeit in diesem Orte ruhig liegen bleiben, weil es leicht geschehen könnte, dass solche wieder belebte Menschen, durch das zu frühe Wegbegeben nach ihrer Wohnung, oder in ein Spital, in tödtliche Ohnmachten oder Zuckungen verfallen, und sich so den Tod zuziehen."

„Entschädigung und Belohnungen.“

„22. Indem man die Menschlichkeit eines jeden Einwohners auffordert, bey diesem edlen Geschäfte der Menschenrettung hilfreiche Hand zu biethen, und obschon man überzeugt ist, dass Jedermann schon in dem Bewusstsein zur Rettung seines Mitmenschen beygetragen zn haben, für sich die grösste Belohnung finden werde; so wird doch auch, zur grösseren Aneiferung für minder bemittelte, denjenigen eine angemessene Belohnung ertheilet werden, die sich bey der Rettung eines verunglückten Menschen thätig gezeigt haben, und eben so wird auf Verlangen auch denjenigen, welche ihre Wohnung zur Unterbringung des Verunglückten hergegeben haben, eine billige Entschädigung hiermit zugesichert.

Der Polizey-Oberdirection ist desshalb aufgetragen, die Kommissäre dahin zu weisen, dass sie sogleich über die Entschädigung für jene, wohin der Verunglückte gebracht worden ist, mit dem Eigenthümer eine billige Uebereinkunft treffen, dass sie ferner denjenigen, welche sich bey dem Rettungsgeschäft nützlich und thätig gezeigt haben, eine angemessene Belohnung sogleich abreichen. Zu dieser Klasse werden alle jene gerechnet, welche zuerst dem Vernnglückten beyspringen, ihn aus der Lebensgefahr herausziehen, z. B. bei Ertrunkenen, wobey die Gefahr, worein sich der Retter selbst begiebt, zur Vermehrung der Belohnung mit in besondern Anschlag kömmt, diejenigen, welche zuerst den Arzt und Wundarzt holen, den ersten Nothkasten bringen, eben so der erste herbey eilende Arzt oder Wundarzt, welch letztere für jede Stunde, die sie in dem Rettungsgeschäft zubringen, insbesonders auf ihr Verlangen werden bezahlet werden; endlich die zwey oder drey thätigsten Gehülfen und Mitwirker bey der Rettung.“

„23. Für die wirkliche Wiederbelebung eines Todtscheinenden aber wird dem Retter bestimmt eine Belohnung von 25 fl. abgereichet, sein Name und seine That wird mit Ehren durch die Zeitung bekannt gemacht, und er mit einem eigenen Belobungsdekret von der Landesstelle ausgezeichnet werden.“

„Unterhaltung der Anstalt.“

„24. Die Auslagen zu dieser Anstalt werden von der ni. öst. Landesregierung bestritten. Sie ward durch die Allerhöchste Gnade Sr. Majestät, Höchstwelche hierzu einen Beytrag aus dem Kammeral-Aerario allergnädigst bewilligten, so wie durch die grossmüthige Gabe von 2000 fl., die ein mährischer Kavalier zu diesem Zwecke dieser ni. öst. Regierung übergab, im Stande gesetzt, das Institut zu gründen. Da aber diese Anstalt immer, je vollkommener sie werden soll, desto mehrere Auslagen zu bestreiten haben, und daselbst ihr Gedeihen immer mit neuen Auslagen verbunden seyn wird; so lässt die bereits in mehreren Gelegenheiten erprobte warme Theilnahme des hiesigen vermöglicheren Publikums an dergleichen Wohlthätigkeits-Anstalten diese Landesstelle mit vollem Vertrauen erwarten, dass auch die gegenwärtige für die Erhaltung und Rettung des Lebens der hiesigen Einwohner errichtete Anstalt durch wohlthätige Beyträge eine dauerhafte Festigkeit und ihre Vervollkommnung gewinnen wird. Zu diesem Ende hat der hiesige Herr Stadthauptmann, Freyherr von Sala, den Auftrag erhalten, ein eigenes Subscriptions-Buch zu eröffnen; die Gaben der wohlthätigen Beförderer dieser Anstalt, sie seyen entweder ein für allemal, oder alljährig oder auf eine bestimmte Zahl von Jahren diesem Institute gewidmet, gegen Bescheinigung zu übernehmen, und die Geldbeträge sammt dem Ausweis, und dem Verzeichniss der edlen Menschenfreunde, um das hiesige Publikum durch die öffentlichen Zeitungsblätter hievon in die Kenntniss zu setzen, dieser Landesstelle wöchentlich zu überreichen. Es werden demnach alle jene, die dieser

Anstalt durch ihre Wohlthätigkeit einigen Vorschub zu geben geneigt sind, hiermit eingeladen, sich diesfalls in dem Bureau des Herrn Stadthauptmanns, in dem Gebäude der ni. öst. Regierung im dritten Stock, Früh oder Nachmittags anzumelden.

Wien, den 15. Junius 1803.

Joseph Freyherr v. Sumeraw, Ni. Oest. Reg.-Präsident.
Anton Fried. Graf v. Mitrovsky, Vice-Präsident.
Paskal Joseph Ferro, Reg. Rath."

Wie bereits erwähnt, waren in jenen Zeiten die Unglücksfälle anderer Art als diejenigen, welche sich heute am meisten ereignen. Am häufigsten kommen jetzt in den Rettungswachen Hülfesuchende zur Behandlung, welche trotz aller vorhandenen Unfallverhütungsvorschriften bei der Arbeit oder im Getriebe des gesteigerten öffentlichen Verkehrs verunglückten. Welcher Art in früherer Zeit die Unglücksfälle waren, zeigen die überlieferten Zahlentafeln, deren erste hier abgedruckte die in Berlin von 1758—1774 vorgekommenen Todesfälle durch Unfall enthält. (Sammlung merkwürdiger Erfahrungen, die den Werth und grossen Nutzen der Pocken-Inoculation näher bestimmen können. Lübeck 1774.)

## Sechste Haupt-Tabelle,
### der in siebenzehn Jahren durch Selbstmord und Unglücksfälle umgekommenen Personen.

I. Selbstmord nach denen Monathen.

| Die Art des Selbstmordes | Im Januar | Februar | März | April | May | Juni | Juli | August | September | Oktober | November | December | Summa | Worunter vom Mil. Stande | Vom Weibl. Geschlecht |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Selbst erschosssen . . | — | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 18 | 3 | — |
| Aufgehangen . . . . | — | — | 2 | 1 | 1 | 1 | — | 2 | 1 | 1 | — | 2 | 11 | 1 | 1 |
| Den Hals abgeschnitten | — | 1 | — | — | 2 | — | — | — | 1 | — | 2 | 1 | 7 | — | 3 |
| Sonst entleibt . . . | — | — | 1 | 2 | — | — | — | — | — | 2 | — | — | 5 | 2 | 2 |
| Ersäuft . . . . . . . | 1 | — | — | — | — | 2 | 1 | — | — | — | — | — | 4 | — | 1 |
| Summa | 1 | 3 | 4 | 5 | 4 | 5 | 4 | 3 | 4 | 4 | 3 | 5 | 45 | 6 | 7 |

II. Unglücksfälle nach dem Stand, Geschlecht, und Alter.

| Die Art der Unglücksfälle | Civil-Stand | | | | Militär-Stand | | | | Summa |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Männl. Ges. | | Weibl. Ges. | | Männl. Ges. | | Weibl. Ges. | | |
| | Erwachs. | Unerwachs. | Erwachs. | Unerwachs. | Erwachs. | Unerwachs. | Erwachs. | Unerwachs. | |
| Ertrunken . . . . . . . . . . . . . | 34 | 10 | 9 | 9 | 19 | 3 | 6 | — | 90 |
| Erfroren . . . . . . . . . . . . . . | 3 | 1 | 4 | 1 | 8 | — | 2 | 1 | 20 |
| Aus Hunger und Elend An. 1772 . . . . | 11 | 3 | 23 | 2 | — | — | — | — | 39 |
| Vor Schrecken gestorben . . . . . . . . | 2 | — | 2 | — | — | 1 | 5 | — | 10 |
| | 50 | 14 | 38 | 12 | 27 | 4 | 13 | 1 | 159 |

| Die Art der Unglücksfälle | Civil-Stand | | | | Militär-Stand | | | | Summa |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Männl. Ges. | | Weibl. Ges. | | Männl. Ges. | | Weibl. Ges. | | |
| | Erwachs. | Unerwachs. | Erwachs. | Unerwachs. | Erwachs. | Unerwachs. | Erwachs. | Unerwachs. | |
| | 50 | 14 | 38 | 12 | 27 | 4 | 13 | 1 | 159 |
| Todt gefunden | 4 | 3 | 8 | — | — | — | 1 | — | 16 |
| Todt gefahren | 2 | 8 | 4 | 1 | — | 1 | 1 | 1 | 18 |
| Todtgefallen auf verschiedene Art | 47 | 15 | 24 | 7 | 19 | 7 | 10 | 2 | 131 |
| Von der Winde erschlagen | 5 | 1 | — | — | — | — | — | — | 6 |
| Bei dem Bau zu Schaden gekommen | 5 | — | 2 | — | 1 | — | — | 1 | 9 |
| In der Lehm-Grube erschlagen | 1 | — | — | — | — | — | — | — | 1 |
| In der Sand-Grube verschüttet | — | 1 | 1 | — | — | — | — | — | 2 |
| Von einem Mastbaum erschlagen | — | — | — | — | 1 | — | — | — | 1 |
| Von einer Glocke erschlagen | — | 1 | — | — | — | — | — | — | 1 |
| Durch eine Thüre todtgeschlagen | — | — | — | — | — | — | — | 1 | 1 |
| Durch Pferde todtgeschlagen | 3 | — | 1 | — | 1 | 1 | — | — | 6 |
| In die Brau-Pfanne gefallen und verbrühet | 5 | — | — | — | — | — | — | — | 5 |
| In eine Kalkgrube gefallen | — | — | — | — | 1 | — | — | — | 1 |
| Mit Caffee verbrühet | — | 1 | — | — | — | — | — | — | 1 |
| Mit kochend Wasser verbrühet | — | 2 | — | 1 | — | — | — | — | 3 |
| Erstickt | 1 | 2 | 1 | — | 1 | — | — | — | 5 |
| Im Abtritt gefallen und erstickt | 1 | — | — | — | — | — | — | — | 1 |
| Durch Gift gestorben | — | — | — | 1 | — | — | — | — | 1 |
| Vom Genuss einer giftigen Wurzel | — | — | — | — | 4 | — | — | — | 4 |
| Vom Frauenzimmer was beigebracht | — | — | — | — | 1 | — | — | — | 1 |
| Im Färbe-Kessel gefallen | — | — | — | — | 1 | — | — | — | 1 |
| Bei der Brandwein-Blase verbrannt | 1 | — | — | — | — | — | — | — | 1 |
| Durch einen Kohlen-Topf verbrannt | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 |
| Bei einer Feuersbrunst verbrannt | — | — | — | — | — | — | 1 | — | 1 |
| Mit einem Sack Farbekräuter todtgeworfen | — | — | — | 1 | — | — | — | — | 1 |
| Bei dem Holzfällen und Fahren | 3 | — | — | — | — | — | — | — | 3 |
| Verschiedentlich zu Schaden gekommen | 5 | 3 | — | 1 | 1 | — | — | — | 10 |
| Mit dem Pferde gestürzt | 1 | — | — | — | — | — | — | — | 1 |
| Vom tollen Hund gebissen | 1 | — | — | — | — | — | — | — | 1 |
| Vom Gewitter erschlagen | 1 | — | — | — | 1 | — | 1 | — | 3 |
| In der Mühle verunglückt | 1 | — | — | — | — | — | — | — | 1 |
| Durch eine Windmühle zerschmettert | 1 | — | — | — | — | — | — | — | 1 |
| Bei dem Aufliegen der Pulv.-Camm. getödtet | 6 | — | — | — | — | — | — | — | 6 |
| Unglücklicherweise erstochen | 1 | 1 | — | 1 | 1 | — | — | — | 4 |
| Von ohngefehr erschossen | 4 | — | — | 1 | 3 | — | 1 | — | 9 |
| Im Duell geblieben | — | — | — | — | 2 | — | — | — | 2 |
| Durch Spitzruthenlaufen gestorben | — | — | — | — | 1 | — | — | — | 1 |
| Gehauen worden | — | — | 2 | — | — | — | — | — | 2 |
| Erschlagen | 4 | — | — | — | — | — | — | — | 4 |
| Von andern erschossen | — | — | 1 | — | 2 | — | — | — | 3 |
| Erstochen | 1 | 1 | — | — | 1 | — | — | — | 3 |
| Von der Mutter umgebracht | — | — | — | 1 | — | — | — | 1 | 2 |
| Ins Wasser geworfen | — | 1 | — | — | — | — | — | — | 1 |
| Zum Fenster herausgeschmissen | — | — | 1 | — | — | — | — | — | 1 |
| Auf verschiedene Art ermordet | 1 | 3 | 1 | 2 | 3 | 1 | — | — | 11 |
| Summa | 155 | 57 | 84 | 29 | 72 | 14 | 28 | 8 | 447 |

Auch Frank hat einige Tabellen von Leipzig und London veröffentlicht und kommt zu dem Schlusse, dass, obwohl von den Unfällen auf dem Lande keine sicheren Kenntnisse vorliegen, die Gefahr zu verunglücken auf dem Lande und in den Städten beinahe die gleiche ist:

„In Leipzig zählte man von 1759 bis 1774, an Verunglückten:

| | |
|---|---|
| Todtgefundene im Hause | 56 |
| Todtgefundene auf der Strasse | 43 |
| Todtgefundene im Wasser und ertrunken | 50 |
| Todgefallen | 28 |
| Uebergeritten | 5 |
| Uebergefahren | 5 |
| Beinbrüche | 7 |
| Erschossen | 6 |
| Hingerichtet | 10 |
| Ermordet | 15 |
| Kindermord | 18 |
| Selbstmord | 12 |
| Erhenkt | 11 |
| Verbrannt und verbrüht | 5 |
| An verschlucktem Geld verstorben | 1 |
| Plötzliche Blutstürzung | 1 |
| Vom tollen Hundsbiss | 1 |
| An Gift | 1 |
| Erfrohren | 1 |
| Selbstverwundung | 1 |
| Von der Amme erdrückt | 1 |
| Durch verschiedene Zufälle | 4 |
| Erwürgt | 2 |
| Im Abtritt erstickt | 1 |
| | 276 |

Es waren aber der Gestorbenen zu Leipzig von 1759 bis 1774, überhaupt 9255. In allem also verhielten sich die Verunglückten, zu den, an einem natürlichen Tode Verstorbenen, wie 1 zu 81[1]).

Zu London sind in 30 Jahren durch Unglücksfälle umgekommen:

| | |
|---|---|
| Im Wasser ertrunken | 3189 |
| Tod gefunden | 1191 |
| Die sich zu Tode gesoffen | 954 |
| Die sich selbst ermordet | 1371 |
| Hingerichtet worden | 470 |
| Durch einen Fall und an Wunden | 1640 |
| Erdrückt und erstickt (Kinder) | 1936 |
| Ermordet | 217 |
| Mit einem Dolch erstochen | 20 |
| Getödtet in der Pillory | 3 |
| „ durch Gift | 34 |
| „ durch den tollen Hundsbiss | 29 |
| „ durch den Biss einer tollen Katze | 2 |
| „ durch den Biss einer Otter | 1 |
| „ von einem Bären | 1 |
| „ von einem Ochsen | 1 |
| „ von einem Pferdeschlag | 1 |
| | 11060 |

1) Schlötzer's Briefwechsel. Heft XLV. S. 188.

| | |
|---|---:|
| | 11060 |
| Getödtet im Duel | 3 |
| ,, an empfangenen Wunden | 5 |
| Zufälliger weise erschossen | 21 |
| Vom Schiesspulver aufgeflogen | 1 |
| ,, Blitz getödtet | 2 |
| Erstickt vom Kohlendampf u. d. gl. | 80 |
| ,, im Essen | 3 |
| ,, im Fett | 14 |
| ,, an einer Kirsche | 1 |
| Erdrückt (Smotherd) | 70 |
| Erwürgt | 5 |
| Zerquetscht, gerädert vom Wagen | 112 |
| Verbrannt | 221 |
| Verbrüht | 94 |
| An zerbrochenem Arm oder Bein | 182 |
| An zerbrochenem Schulterblatt | 42 |
| An zerbrochenem Kinnbacken | 10 |
| An zerbrochenem andern Gliede | 23 |
| An abgenommenen Arm oder Bein | 3 |
| An abgenommener Brust | 1 |
| An ausgezogenem Zahne | 1 |
| Von Hunger oder Kälte | 17 |
| Von grossem Schrecken | 23 |
| | 11994 |

Die Summe aller, in 30 Jahren, zu London Verstorbenen, war 750,322. Die durch Unglücksfälle zu Tod gekommene, sind also zu der ganzen Summe, wie 16 zu 10001 oder beynahe wie 1 : 62/1/2; das ist, unter 62, ist einer durch einen Zufall verunglückt[1]).

In dieser Tabelle ist gar keine Rede von Menschen, die sich aufs Meer begeben, und dort umgekommen sind. Dass in einer Stadt, wo man so leicht Arm und Bein abnimmt, in 30 Jahren nur 3 Personen nach solcher Operation gestorben seyn sollen, ist so wenig glaublich, als dass nur ein Tod auf Abnehmung einer Brust erfolget sey. Vermuthlich haben die Wundärzte der Sache einen anderen Namen zu geben gewusst, wenn der Patient nicht selbst unter der Operation gestorben ist: und so fehlen viele andere Artikel, die, in einem Zeitraume von 30 Jahren, in einer so grossen Stadt, den Tod verursacht haben müssen.

Nach einer Tabelle von 1785, sind zu London vom 13. December 1785, bis den 12. December 1786, gebohren worden 18,119. Gestorben sind 20,454. Die Verunglückten waren unter diesen:

| | |
|---|---:|
| Erfrohren | 8 |
| Verwundet und verletzt | 19 |
| Verbrannt | 9 |
| Ertrunken | 112 |
| Selbstmörder | 22 |
| Vergiftet | 2 |
| Verhungert | 3 |
| | 175 |

1) Süssmilch, Göttl. Ordn. II. Theil; S. 432, 3.

| | |
|---|---|
| | 175 |
| Todgefallen . . . . . . . . . . . . . . | 58 |
| Ermordet . . . . . . . . . . . . . . . | 7 |
| In siedend Wasser gefallen . . . . . . . . | 1 |
| Im Rauch erstickt . . . . . . . . . . . . | 4 |
| Summa . . . | 245 |

Auf dem Lande, sind zwar viele Ursachen plötzlicher Unglücksfälle, die in Städten herrschen, nicht zugegen; allein man rechne, wie viel Menschen da in Lehmgruben, Sandgruben ersticken, wie viele in Steinbrüchen zertrümmert werden, wie manche von Bäumen zu tod stürzen, beym Holzfällen erschlagen werden, wie viele Kinder, wegen Mangel der Aufsicht ihrer in Arbeit begriffenen Aeltern, verbrennen, verbrühen, ersticken, ersäufen, von Schweinen gefressen werden, sich zu tod fallen, u. s. w. — So wird die Gefahr in Städten und auf dem Lande, beynahe gleich scheinen müssen."

In den Zeiten, welche dem Aufschwunge des Rettungswesens folgten, sind dann nicht sehr viel neue Einrichtungen auf dem Gebiete des Rettungswesens getroffen worden. Der Grund hierfür liegt wohl darin, dass die damals in Europa herrschenden Kriege die Aufmerksamkeit der Behörden und des Publikums mehr nach aussen richteten, so dass es nicht möglich war, für dergleichen innerliche Verhältnisse viel Interesse zu erwecken. Einzelne Werke und behördliche Verordnungen sind auch in jener Zeit erschienen, aber es ist doch ihre Zahl gering im Verhältniss zu der aus der früheren Periode. Der gleiche Grund ist auch wohl dafür anzuführen, dass die reichhaltige Literatur jener Zeit, wie erwähnt, fast vollkommen in Vergessenheit gerathen ist, und daher die in neuerer Zeit hergestellten Rettungseinrichtungen gewöhnlich als ganz neue Erfindungen hingestellt und auch für solche gehalten werden, während bei natürlicher Entwicklung der Dinge solche Vorkehrungen, wie sich beim Vergleich mit den älteren zeigt, gar nicht anders hergestellt werden können. Sie waren vor mehr als hundert Jahren in gleicher, den damaligen Verhältnissen angepasster Weise eingerichtet.

Es zeigt sich nämlich aus allen in jener Zeit vorhanden gewesenen Rettungseinrichtungen, von welchen ein Theil oder sogar der grösste Theil jetzt nicht mehr besteht, dass man genau wie heute bemüht war, bei Unglücksfällen zunächst Vorkehrungen zu treffen, die Verunglückten aus ihrer gefährlichen Lage zu befreien und dann bis zur Ankunft eines Arztes oder Wundarztes zu versorgen. In einzelnen Städten waren diejenigen Aerzte, welche sich für diesen Dienst bereit erklärt hatten, bekannt gegeben, damit man so schnell als möglich ärztliche Hülfe erreichen konnte, was natürlich unter den in jener Zeit bestehenden Verhältnissen sich nicht so leicht verwirklichen liess, als heute, wo Dampf und Electricität in Bezug auf Herbeirufung und Herbeiholung von Personen gänzlich veränderte und verbesserte Verhältnisse geschaffen haben. Besonders auf dem Lande war es damals noch schwieriger als jetzt, stets ärztliche Hülfe zu erlangen,

wenn eine solche dringend nöthig war, und es waren bereits sehr früh Schriften erschienen, welche bestimmt waren, Nichtärzten Anleitungen für solche Fälle zu geben. In diesen Werken war es theilweise im Titel ausgedrückt, dass sie zum Unterricht für Laien für Nothfälle, wo kein Arzt zu erreichen, dienen sollten. Als Beispiele seien hier erwähnt:

Kurtze Beschreibung
Eines sehr geschmeidigen
Feld-Apothecklins /
Darinnen sieben ausserlese-
ne köstliche Artzneyen zufinden / die
in Beyseyn aller Herrn Professorum der
Vniversität Tübingen auffgelegt vnd
bereittet / auch von Ihnen und andern vor-
nehmen Medicis bewehrt er-
funden worden.
Für Reisende oder solche Personen /
die auff den Nothfall weder Doctores
noch Apothecker in der Nähe
oder bey der Hand ha . . . .
. . . . ben.
In Truck gegeben und verfertiget
Durch
Friderich Greiffen.
Tübingen /
Getruckt bei Philibert Brunnen.
Im Jahr 1642.

Ziemlich ähnlich ist der genannte Hinweis in folgendem Titel:

Christoph Schorers / Phil. et Med. Do-
ctoris, Fürstl. Würtemb. Mümpelgartisch.
Raths / und Physici Ordinarii dess H. Reichs
Stadt Memmingen /
Bedencken / wie
man sich / nechst Göttlicher
Hülff / vor dem Schlag / oder Gewalt
GOttes / vorsehen und bewah-
ren solle.
Sampt einem kurzen Be-
richt / was im Nothfall / und in Ab-
wesenheit eines Medici, bey einer vom
Schlag getroffenen Person / zu
thun seye.
Den Gesundheit-liebenden zu besten
geschrieben; Jetzünder vermehret / und
zum Anderen mal gedruckt.
In UML / bey Balthasar Kühnen /
Im Jahr 1662.

Zum ersten Male wird der Name „Samariter“ in Verbindung mit einer Nothhülfe in Abwesenheit eines Arztes in folgendem Werke erwähnt[1]):

Der Raeisende Samariter / Oder Kurtzes Artzney-Buechlein / Von Guten und oftbewährten Artzney-Mitteln / deren die Raeisende im Nothfall und Mangel eines Medici sich selber bedienen können.

MDCLXXXIV (ohne Ort)

30 Seiten 11/6,5 cm.

Ganz besenders sind dann zahlreiche Werke zu erwähnen, welche den „gemeinen Mann während der grossen Volksseuchen im Mittelalter in den Stand setzen sollten, sich in Abwesenheit eines Arztes zu helfen“.

Jesu Summo Medicorum Principe Secundante!
Anthora
In Nuce /
oder
Zufällige Gedancken /
Wie man sich
Vor allen ansteckenden und Pestilentialischen
Fiebern
praeserviren /
und
in Ermangelung eines Medici
curiren soll /
entworffen und zum Drucke befördert
von
Joh. Samuel Ledeln /
Med. Doct. und Practico in Crossen.
Gedruckt Anno 1719.

Weiterhin will ich noch den Titel eines Werkes aus späterer Zeit erwähnen, in welchem gleichfalls Hülfe für Nothfälle, wo ein Arzt mangelt, gelehrt werden soll:

Die höchstnöthige
Erkenntniss
des Menschen,
sonderlich nach dem
Leibe und natürlichen Leben,
Oder, ein deutlicher
Unterricht
von der Gsundheit und deren Erhaltung: auch von
den Ursachen, Kennzeichen und Namen der Krankheiten,
und bewährten Mitteln gegen dieselben,
damit ein jeder, auch Ungelehrter, bey Ermangelung
eines Medici, sonderlich durch XI sichere hierzu
hinlänglich erfundene, und zu einer bequemen
Haus-, Reise- und Feld-Apothecken

---

1) Den Titel dieses ausserordentlich seltenen Büchleins verdanke ich der Freundlichkeit des Herrn Collegen Roediger-Frankfurt a. M., in dessen Besitz sich die Schrift befindet. Die anderen hier genannten Werke sind in meinen eigenen Sammlungen.

selegirte Medicamente und Gebrauch dieses Tractats,
vermöge bisheriger reichen Erfahrung, die gewöhnlichen,
auch schweren Krankheiten, sicher, und mit gutem
Success curiren könne,
abgefasset von
D. Christian Friedrich Richtern,
Med. pract. in Halle,
Und zum Siebenzehenten mal mit einem verbesserten
Register heraus gegeben.
Gedruckt im Jahr 1764.

Kurtzer
Und wohlgemeinter
Unterricht /.
Wie doch bey itzt hin und wieder grassi-
render und ansteckender
Seuche /
Oder
Höchst-gefährlichen
Pest-Fiebern /
Sich männiglich / so viel möglich prae-
serviren / und zur Noht bey Abwesenheit
eines Medici, oder Chirur-
gi curiren könne /
Dem Nechsten / sonderlich aber den Arme
und Unvermögenden zu Nutz und Besten /
Auffgesetzt von
Tobia Heinsio, D. im Marg-
graffthum Nieder-Laussnitz / sonderlich des
Gubnischen Kreises / und der Stadt
Guben bestellten Physiko Ord.
Berlin /
Itzo verlegt von Rupert Völcker /
Buchhändlern.

Gleichfalls ist aus jener Zeit das Bestreben zu erwähnen, während der Zeit der Noth die Bereitschaft ärztlicher Hülfe sicherzustellen. In der Schrift von Habersack:

Relation, In welcher beygebracht wird / was gestalten die Wiennerische Neustatt Mit der Pest angesteckt worden: etc. Wienn in Oesterreich / 1681.

findet sich folgender Passus:

„Die inficirte Persohnen seynd in das vorhero schon zubereite Lazareth gebracht worden / allda sie von den verordneten Pest-Artzten / welcher der Beschauer genennet wird / versehen / und verbunden worden.

Damit aber kein Abgang in Ermanglung der Beschauer oder Pest-Artzt seye; ist einem andern vorhero das Wart-Geld bezahlt worden / mit Namen Caspar Seidl einen Baader-Gesellen / deme ein eigne Wohnung in der Statt nächst denen Ringmauren ein bequemes Orth zubereitet worden / auch aller anderer unnothwendiger Aussgang verbotten: damit

man im fall der Noth von disem die verdächtigen Persohnen hat können beschauen lassen."

Hiermit ist — wohl zum ersten Male — eine Vorsorge für eine an bestimmter Stelle eines Ortes eingerichtete ärztliche bezw. wundärztliche Hülfsbereitschaft während einer Epidemie geschildert. Auch in Zeiten späterer Epidemien wurden an bestimmten Orten der Städte zur Hülfsleistung Aerzte in bestimmten Wachtlocalen, wie wir noch sehen werden, einquartiert.

Eine grosse Zahl von Werken ähnlichen Inhaltes ist in jenen Zeiten erschienen, welche zum Theil treffliche Darstellungen einer Volksmedicin enthalten, während andere nicht auf der Höhe standen, sondern, wie dann in späterer Zeit getadelt wurde, viel dazu beitrugen, die Curpfuscherei zu fördern, oder auch wohl nur als Mittel für Curpfuscherei direct anzusehen sind. Jedenfalls sind die ersteren Werke, deren Erscheinen die Einsicht beweist, dass bis zur Ankunft eines Arztes oder in Abwesenheit eines solchen irgend eine Vorsorge für Erkrankte und Verunglückte getroffen werden muss, als die Vorläufer des jetzt sogenannten Samariterthums anzusehen. Ich möchte dies hervorheben, weil hierauf noch nicht genügend oder gar nicht hingewiesen worden ist. Es sind dann noch zahlreiche Werke aus dem 17. und 18. Jahrhundert mit eigenartigem Titel zu erwähnen, wie: Der unwürdige Doctor, der sichere und geschwinde Arzt, der präservirende Arzt, erwünschter Hausarzt, Land- und Bauern-Doctor und ähnlich lautenden Titeln, in welchen gewöhnlich das Wort „Arzt" mit irgend einem Beiwort versehen ist, welches anzeigt, dass das betreffende Werk für Nichtärzte verfasst ist.

Nach Begründung der Amsterdamer Rettungsgesellschaft wurden von einer grossen Reihe der hervorragendsten Aerzte der damaligen Zeit Werke, welche für die Unterweisung von Laien zur ersten Hülfsleistung in Abwesenheit von Aerzten, besonders für die Landbewohner oder auch andere Personen, welche nicht leicht ärztliche Hülfe finden konnten, bestimmt waren, herausgegeben, so von Tissot, Struve, Störk, Zarda u. A.

Sehr gesucht waren in jener Zeit Bücher, welche in alphabetischer Reihenfolge Erkrankungszustände und die dagegen zu benutzenden Hülfsmittel enthielten, wie solche z. B. von Zarda, Hufeland, Poppe verfasst sind. Der erstere Autor verdient ganz besonders genannt zu werden, da er als erster Arzt einen Unterricht in erster Hülfe 1792 öffentlich angekündigt und gehalten hat, obwohl Struve hervorhebt, dass 1780 Hawes „öffentliche Vorlesungen über die Wiederherstellung Scheintodter unentgeltlich" einrichtete. Ob Hawes diese Vorträge in gleicher Form angezeigt, wie dies Zarda gethan, ist wohl schwierig festzustellen. Jedenfalls ist die Ankündigung von Zarda so bemerkenswerth, dass ich sie im Original (photographirt) in der Zeitschrift „Der Samariter" bereits abgedruckt habe und sie auch an dieser Stelle wörtlich wiedergeben will:

Adalbert Vincenz Zarda
der freyen Künste, Weltweisheit und Arzneywissenschaft Doktor,
ausserordentlicher Lehrer an der k. k. uralten Karl Ferdinandischen
Universität zu Prag

Kündiget seine Vorlesungen über die Rettungsmittel in plötzlichen Lebensgefahren an, und ladet hiezu Jedermann ohne Unterschied der Religion, des Standes und Geschlechts (mit der einzigen Ausnahme des Alters, wo überhaupt das 16. Jahr erfordert wird), besonders aber diejenigen, welche sich der Seelsorge, Landwirthschaft, und überhaupt dem Landleben widmen wollen, geziemend ein.

Der grosse Bedarf ärztlicher Kenntnisse bey den oft und vielfältig sich ereignenden plötzlichen Lebensgefahren, und die Unmöglichkeit hiezu Aerzte, besonders auf dem münder bevolkerten flachen Lande zu bestimmen, bewogen seit geraumer Zeit alle auf das Wohl der Menschheit genau wachende Staaten, hierüber öffentliche Volksunterrichte zu verkündigen, bewogen in England und Holland ganze Gesellschaften, sich blos zur Rettung in plötzliche Lebensgefahr gerathener Menschen zu vereinigen. Selbst der Allerhöchste k. k. Hof hat über mehrere Zweige dieses Gegenstandes die wohlthätigsten Gesetze gegeben, dass beynahe nichts als die allgemeine Verbreitung und genaue Erfüllung derselben zu wünschen übrig bleibet. Dieses zu bewerkstelligen, und das menschliche Leiden in etwas zu vermindern, habe ich mich entschlossen, mit Erlaubniss eines Hohen Landesgubernicums im Karolin hierüber unentgeltlich öffentliche und praktische Vorlesungen zu geben; und zwar nach dem folgenden Plane.

I. Hauptabtheilung.

Von den Todtscheinenden.

1. Von den todtscheinenden Neugebornen.
2. Von den erdrückten Kindern.
3. Von den Ertrunkenen.
4. Von den Erfrornen.
5. Von den Erhenkten oder Erwürgten.
6. Von den von Dünsten und Dämpfen Betäubten und Erstickten.
7. Von den vom Fall und Sturz Leblosen.
8. Von den vom Blitz Gerührten.
9. Von den in und ausser Krankheiten Leblosen.

II. Hauptabtheilung.

Von den in plötzliche Lebensgefahr Gerathenen.

1. Von den durch Gift Verletzten.
2. Von den durch Bisse der wüthigen Thiere Verletzten.
3. Von den durch Verbrennung Verletzten.
4. Von den an verschlückten Sachen Erstickten.
5. Von den mit Schlag- und Steckflüssen oder andern Hals- und Brustkrankheiten Behafteten.
6. Von den mit Blutflüssen und andern starken Ausleerungen Behafteten.
7. Von den an Stockung nöthiger Ausleerungen Leidenden.
8. Von den von Schmerzen ergriffenen und an Krämpfen und Zuckungen Leidenden.
9. Vom frühen Begraben der Verstorbenen.

Am Schlusse werden einige Verhaltungsregeln, wie man sich bey anwandelnder Unpässlichkeit, bey ansteckenden Krankheiten, als der Pest, bey Scharlach, Fleck-,

Friesel-, Faul-Fiebern, Pocken oder Blattern, bey der Ruhr zu benehmen, und zu schützen habe, beygefügt werden.

Um Niemanden, weder in Studien, noch in bürgerlichen Arbeiten zu stöhren, sondern den Besuch meiner Vorlesungen auf alle Art zu erleichtern, habe ich die Stunde von 11 bis 12 an Sonn- und Feyertägen gewählt; und zwar vom 4. November 1792 anzufangen.

Auch erbitte ich mich hiemit, zu jedem der hier kurz verzeichneten Unglücksfälle zu eilen, und meine Kräfte anzuwenden, einen dem Tode schon geopferten der Zahl der Lebendigen wieder zurückzubringen, wenn mich anders diejenigen, welche die ersten zugegen sind, davon verständigen, und in meiner Wohnung in der **altstädter Bergmannsgasse** beym **Heuschober** Nro. 35 wollen ruffen lassen, welches ich besonders eine Wohll. Polizey der k. k. Hauptstadt Prag, deren Mannschaft allerdings am ersten zu solchen Unglücken kömmt, ersuche, um derselben unermüdeten Thätigkeit einigermassen Hülfe zu leisten.

Zarda will den Samariterunterricht nur an Personen ertheilen, welche mindestens 16 Jahre alt sind, besonders an solche, welche auf dem Lande leben. Zum Schlusse giebt er auch einige hygienische Verhaltungsmaassregeln bei ansteckenden Krankheiten und erbietet sich auch bei Unglücksfällen zu Hülfe zu kommen — wohl sicher unentgeltlich, da wohl kaum von einem Professor anzunehmen ist, dass er sich sonst in dieser Weise dem Publikum angeboten. Die Schrift Zarda's „Von dem Nutzen über die Rettungsmittel in plötzlichen Lebensgefahren Nichtärzten Unterricht zu geben" enthält viele Gesichtspunkte, welche auch heute lesenswerth sind, da ja das Samariterthum in späterer Zeit wieder von Neuem sich Eingang verschaffte — natürlich als ganz neue Einrichtung angesehen und mit den gleichen Gründen und Angriffen bekämpft als 100 Jahre vorher. Zarda will der irrigen Auffassung entgegentreten, dass „durch solche öffentliche medicinische Unterrichte an Nichtärzte die Quacksalberey und Pfuschery neuen Schutz" erhielte, „obschon die Gesetze auf der anderen Seite nicht genug Mühe anwenden können, diesem um sich fressenden Staaten verheerenden Uebel Einhalt zu thun". Betreffs des Unterrichtes selbst sagt Zarda: „Das Licht der wahren Aufklärung, jener Aufklärung, welche mit der Verfeinerung unserer soliden Herzensempfindungen parallel geht, dieses wohlthätige Licht leuchtet auch hier, und es traten nun die grössten Aerzte Europens auf, dem Landvolke einen Wegweiser in zustossenden Krankheiten zu liefern, Aerzte, deren einiger Namen auch sowohl bey der ärztlichen als nichtärztlichen Welt schon bey ihren Lebzeiten verewigt sind; ein Tissot, Unzer, Scherf, Smythson, Ofterdinger, Rosenstein, Metzger, Firmin, Junker etc. etc. und wenn ich die grosse Verbreitung des Unterricht für Hand- und Feldwundärzte betrachte, auch ein Freyherr v. Störk. Wer je die Gelegenheit hatte, jene Landhütten zu sehen, in welchen solch ein Author einmal Ansehen gewonnen hat, der wird sich gewiss freuen über den Sieg, welchen diese über die Quacksalberey und Scharletans allenthalben erhalten haben. Der Landmann findet einige Begriffe über den gesunden und kranken Zustand seines

Körpers, er vergleichet die mehrmal wiederholte Versuche mit diesen seines ehemaligen geglaubten Retters, des Scharfrichters, Schäfers, Abdeckers, Frohndieners, Propheten, Segensprechers, weisen Mannes, Uringuckers, findet, dass diese ihn betrügen, und jene ihm einfache Wahrheit sagen, behülft sich nun in Kleinigkeiten damit, und geht, wenn ihm Gefahr droht, nun nicht mehr zu Scharlatanen, nein, er sucht die Hülfe eines wirklichen Arztes.“

In der folgenden Zeit waren dann besonders die behördlichen Verfügungen für Nichtärzte bei Unglücksfällen Hülfe zu leisten, wie die angeführten Verordnungen beweisen, die in die Erscheinung tretenden Andeutungen eines Rettungswesens. Auch für die Beamten, welche zuerst mit Verunglückten in Berührung kommen, die Polizeibeamten, wurden solche Verordnungen erlassen. Polizeirath Merker hat sie später 1818 in seinem „Handbuch für Polizeybeamte im ausübenden Dienste“ eigens zusammengestellt. In der oben abgedruckten Bekanntmachung der Wiener Rettungsanstalt 1803 enthält No. 19 S. 561 Anweisung über die Thätigkeit der Polizeibeamten bei Unglücksfällen.

Um die gleiche Zeit wurde von verschiedenen Seiten, namentlich von Aerzten, der Vorschlag gemacht, die Leichen, um das Begraben von Scheintodten zu verhüten, vorher bestimmte Zeit in besonderen Häusern, Leichenhäusern, unterzubringen und daselbst in geeigneter Weise zu beobachten. Es entstanden in Deutschland eine Reihe von solchen Leichenhäusern, über deren Benutzung gleichfalls aus jener Zeit zahlreiche Verordnungen und Veröffentlichungen vorhanden sind. Besonders wendete sich 1788 Marcus Herz gegen den bei den Juden herrschenden Gebrauch, ihre Todten schon nach vier Stunden zu beerdigen und publicirte einen „Plan zu einer mit Königl. Allerhöchster Bewilligung allhier zu errichtenden Leichen- und Rettungsanstalt“.

Die erste Anstalt dieser Art in Deutschland wurde 1791 auf Vorschlag Hufeland's in Weimar eingerichtet. 1797 wurde eine Anstalt in Berlin von der Gesellschaft der Freunde und 1818 in München eine solche hergestellt. Für erstere erlangte Oppenheimer einen vollständigen Rettungsapparat, Badewanne etc. In Bromberg wurde das Leichenhaus mit kreisförmiger Aufstellung der Särge um eine Bühne 1821 eröffnet. 1805 wurde das Leichenhaus in Mainz errichtet.

Auch zur Zeit der Choleraepidemie im Jahre 1831 war Besorgniss vor dem Lebendigbegrabenwerden vorhanden. Ebers veröffentlichte in der Schlesischen Cholera-Zeitung 1831/32 einen Aufsatz: „Ueber die Beerdigung der an Cholera gestorbenen Personen“, in welchem er darauf hinwies, dass der Scheintod zwar selten sich bei Cholerakranken ereigne, und die Choleraleichen typisches Aussehen hätten. Immerhin müsse man aber bei grossen Epidemien recht vorsichtig sein.

Noch bis vor einigen Jahren hatte die Leichenhalle des Jerusalemer Kirchhofes in der Belle-Alliancestrasse in Berlin aussen die Aufschrift: „Zur Errettung vom Scheintode,“ welche bei Ausbesserung des Hauses entfernt wurde.

Bemerkenswerth ist ein Aufsatz: „Ueber die Möglichkeit des Lebendigbegrabens und die Errichtung von Leichenhäusern“ von Dr. Speyer,

Königl. Bayer. Physicus und ausübendem Arzte zu Bamberg, in Henke's „Zeitschrift für die Staatsarzneikunde" von 1826, in welchem sich eine ausführliche Schilderung des Weimarischen Leichenhauses findet:

„Niemand ist in Weimar gesetzlich verbunden, einen Verstorbenen in das Leichenhaus zu schaffen[1]). Seitdem aber das neue Leichenhaus bestehet, und der Vornehmste, wie der Geringste, ganz gleiche Behandlung erhält, ist es fast zur Regel geworden, die Abgelebten der Aufbewahrung des Leichenhauses anzuvertrauen.

Um die Vorzüge dieser Anstalt noch genauer würdigen zu können, theile ich aus den, von dem verdienstvollen Hofrath und Bürgermeister C. Schwabe in Weimar verfassten, Grundzügen des neuen Leichenhauses das Merkwürdigste im Auszuge mit.

1. Durch Erbauung des neuen Leichenhauses soll ein doppelter Zweck erreicht werden:

a) Möglichste Sicherstellung vor der Gefahr, lebendig begraben zu werden.

b) Vorhandenseyn eines schicklichen Locals, um aus den oft sehr beengten Wohnungen der hiesigen Einwohner eine Leiche entfernen zu können.

2. Jede Leiche einer hier verstorbenen Person, ohne Rücksicht auf Stand, Alter, Religion, Geburtsort, Ursache des Todes u. s. w. muss, sowie die Verwandten, Bekannten, Freunde derselben, oder in deren Ermanglung der Besitzer des Hauses, wo sie starb, oder eine Behörde es verlangen, unverweigerlich im Leichenhaus aufgenommen werden.

3. Die Fürsorge für die Leichen und deren Behandlung ist gleichförmig, ohne Beachtung des Alters, Geschlechts, Standes.

4. Im Leichenhause muss stets die grösste Reinlichkeit herrschen, und sowie eine Leiche darin aufgestellt ist, findet ununterbrochene Aufsicht durch einen Wächter statt.

5. Ein Arzt muss, so wie Leichen vorhanden sind, das Leichenhaus täglich besuchen, und im Falle ihm bei einer Leiche die Zeichen des Todes nicht sicher erscheinen, täglich mehrfach[2]). Der zum gewöhnlichen Besuch des Leichenhauses verpflichtete Arzt hat für Fälle seiner Abwesenheit einen seiner Collegen zu substituiren.

7. Ohne Zustimmung des Arztes darf eine im Leichenhause aufgestellte Leiche schlechterdings nicht begraben werden. Diese Zustimmung hat er mit Beifügung seines Namens in ein hiezu besonders angelegtes Leichenhausregister, das im Leichenhause stets öffentlich vorliegen muss, einzutragen[3]).

8. Zur Anwendung etwa nöthiger Wiederbelebungsversuche sind, ausser den erforderlichen Medikamenten, folgende Inventarstücke angeschafft:

Ein vollständiges Bett, mit Bettstelle; eine Badewanne; ein kupferner Kessel zum Bereiten des Badewassers, eine Klystierspritze, drei Bürsten, zwei Wärmflaschen, ein Schwamm, ein kleiner Spiegel, einige Ellen Flanell.

---

1) So human diese Einrichtung auch ist, so sollte doch bei den an ansteckenden Krankheiten Verstorbenen ein solcher Zwang bestehen.

2) Der Stadtphysikus zu Weimar hat die nächste Aufsicht über jeden, in das Leichenhaus gebrachten Todten, und wird aus der Communalkasse für seine Bemühungen belohnt.

3) Durch diese Einrichtung ist das Vertrauen des Weimarschen Publikums zum Leichenhause sehr vermehrt worden, indem jedermann versichert seyn kann, dass die Beerdigung eines, dieser Anstalt übergebenen Verstorbenen, nicht eher vollzogen wird, bis der Arzt die untrüglichsten Kennzeichen des Todes gefunden, und dieses in dem, vor den Augen des Publikums offen daliegenden, Register ausdrücklich bemerkt hat.

9. Der Arzt wird stets Sorgfalt tragen, dass sehr übergehende Leichen entweder schnell begraben, oder von Leichen, die noch gut conservirt sind, separirt werden.

10. Es stehet demselben die besondere Aufsicht über den Todtengräber und Leichenwächter zu, welche seinen Anordnungen unbedingten Gehorsam leisten müssen.

11. So wie eine Leiche ins Leichenhaus gebracht wird, hat sie der Todtengräber in einen der vorhandenen Körbe zu legen, sie mit einer Decke zu versehen, und ihr mit grösster Genauigkeit an Fingern und Zehen die Ringe oder Hüte, die mit den Weckern in Verbindung stehen, anzulegen. Eine besonders gefertigte (sehr zweckmässige) Instruction für den Todtengräber bestimmt seine Pflichten näher.

12. Für den Transport einer Leiche in das Leichenhaus wird von Ostern bis Michaelis ein Thaler, von Michaelis bis Ostern ein Thaler 12 Gr. bezahlt, und zwar an den Todtengräber, zu dessen Amt es gehört, für sichere und rechtliche Gehülfen zu sorgen.

13. Für die Aufbewahrung einer Leiche im Leichenhause wird nichts bezahlt, als für jede 24 Stunden zwei Groschen für die Beleuchtung, und ein Korb Holz in den Monaten Oktober bis April, zur Beheitzung des Leichensaals.

14. Die Angehörigen unvermögender Personen zahlen weder für den Transport, noch für die Aufbewahrung im Leichenhause irgend etwas.

15. Nur den nächsten Verwandten einer im Leichenhaus befindlichen Leiche ist der Zutritt zum Leichensaal erlaubt. Alle Personen, die aus Neugierde zudringen, sind zurückzuweisen[1]).

16. Häufige, unvermuthete Visitationen des Leichenwächters, vorzüglich des Nachts, sollen statt finden.

Von jenen anderen Gesellschaften, welche zuerst organisirte Einrichtungen für Verunglückte schufen und Anweisungen für die Behandlung dieser erliessen, sind, wie schon bemerkt, ausser der Royal Humane Society in England nicht sehr viele übrig geblieben. Die Hamburgische Anstalt hatte noch unter anderen im Jahre 1841 eine „Anweisung über die Behandlung der ins Wasser gefallenen oder sonst erstickten Personen, bis zur Ankunft eines Arztes oder Wundarztes“ erlassen, in späteren Jahren waren dann noch weitere Anordnungen ergangen, und im Jahre 1877 hat Reincke als „bisheriger zweiter Vorsteher“ eine Zusammenstellung und Uebersicht ihrer Einrichtungen und ihrer Verwaltung gegeben. Das weitere Schicksal der Gesellschaft ist unten geschildert. Im Jahre 1877 war in London die St. John's Ambulance Association errichtet worden. Als Esmarch bei Gelegenheit des internationalen medicinischen Congresses 1881 in London deren Einrichtungen kennen lernte, fasste er den Plan, einen Unterricht für Laien in der ersten Hülfe bis zur Ankunft eines Arztes in Deutschland einzuführen. Im Februar 1882 machte Esmarch den ersten Versuch, einen Unterrichtscursus in der ersten Hülfe vor seinen Mitbürgern abzuhalten und erntete solchen Beifall, dass er im März 1882 den Deutschen Samariter-

1) In andern Leichenhäusern, z. B. in dem zu München, ist Jedermann der Zutritt gestattet. Die besondere Einrichtung des Weimarschen Leichenhauses, welches nicht, wie jenes in München, mit einer geräumigen Vorhalle und mit Glasthüren versehen ist, durch welche man die Leichen sehen kann, ohne in den Leichensaal selbst einzudringen, rechtfertiget dieses Verbot.

verein zu Kiel begründete. Die hochselige Kaiserin Augusta übernahm das Protectorat über den Verein und nach ihrem Hinscheiden die Kaiserin Friedrich, während Prinz Heinrich den Ehrenvorsitz führt. Esmarch gab die in der ersten Samariterschule gehaltenen Vorträge unter dem Namen: „Die erste Hülfe bei plötzlichen Unglücksfällen, ein Leitfaden für Samariterschulen in sechs Vorträgen" heraus. Dieses Buch hat, wie wohl kaum ein zweites volksthümlich geschriebenes Verbreitung gefunden. Es ist jetzt in 15 Auflagen erschienen und in viele fremde Sprachen übersetzt worden. Ein Auszug aus dem Leitfaden wird als „Katechismus zur ersten Hülfe bei plötzlichen Unglücksfällen" jedem ausgebildeten Samariter zur Wiederholung mitgegeben. Auch in Plakatform und auf Metall gedruckt erschien dieser und wurde in Werkstätten, an den Häfen, Badeanstalten, Brücken angeschlagen. Wie die St. John's Ambulance Association in London begann auch der Samariterverein in Kiel den Vertrieb von Lehrmitteln und Verbandkästen. Es wurden Wandtafeln verfertigt und die für die erste Laienhülfe erforderlichen Gegenstände in einem Kasten zusammengestellt. Ausserdem wurden auch „Samariterapotheken" hergestellt, deren kleinere Folgendes enthielt: 200 g 3proc. Lysollösung, 10 g reines Lysol, 100 g Leinöl, Kalkwasser mit 1proc. Thymol, 10 g Ammoniakflüssigkeit, 10 g Hoffmannstropfen, 1 Rolle Sublimatwatte, 1 Stück Borlint, 1 Stück entfettete Watte, 1 Blechdose mit Stückenzucker, 5 Tupfer aus Sublimatwatte, 5 grosse dreieckige Tücher, 4 Holzschienen, 1 Scheere, 5 Binden, 1 elastische Binde, 1 Waschbecken, 1 Katechismus. In der grossen Apotheke sind die gleichen Mittel in vermehrter Gestalt vorgesehen.

Nach den Satzungen ist der Zweck des Vereins:

„§ 1. Der Samariterverein hat sich die Aufgabe gestellt, die Kenntniss von der ersten Hilfe in plötzlichen Unglücksfällen unter Laien zu verbreiten durch Errichtung von Samariterschulen.

Darunter wird verstanden die Ertheilung eines Unterrichts in den bis zur Ankunft des Arztes nothwendigen Hülfeleistungen.

Für diese Hilfeleistungen werden in erster Linie in Aussicht genommen die Angestellten aller Corporationen, privater oder staatlicher Behörden, Militärs und Seeleute, welche am häufigsten in die Lage kommen können, bei Unglücksfällen zugegen zu sein; es soll aber auch der Unterricht jedem Einzelnen Gelegenheit geben, diejenigen Kenntnisse zu erwerben, durch welche er in oben angedeutetem Sinne sich seinen verunglückten Mitmenschen nützlich erweisen kann.

Der Verein wird zu diesem Zwecke suchen, geeignete Persönlichkeiten zu gewinnen, die den Unterricht im Samariterwesen ertheilen, und wird diesen zur Beschaffung der für den Unterricht nothwendigen Schriften, Bilder, Modelle und Verbandgegenstände nach Kräften behilflich sein.

Jedem Theilnehmer an einem Samaritercursus, welcher sämmtliche Vorlesungen gehört und an den Uebungen theilgenommen hat, steht es frei, ein Examen abzulegen; wer dasselbe besteht, erhält ein Diplom,

welches ihn als Samariter legitimirt, damit aber zugleich verpflichtet, die Hilfe unentgeltlich zu leisten.

Für aussergewöhnliche Leistungen auf dem genannten Gebiete behält sich der Verein vor, besondere Auszeichnungen und Anerkennungen zu verleihen".

Es sind nach dem Muster des Esmarch'schen Leidfadens viele andere Bücher für erste Hülfe und für Unterricht in derselben erschienen, und man kann wohl sagen, dass wohl Jeder, welcher selbst eine solche Unterweisung ertheilt, sich auch selbst einen Plan und allgemeinen Entwurf für einen solchen Unterricht herstellt. Es richtet sich dieser nach dem Bildungsgrade der Zuhörer und nach der Intelligenz derselben, so dass es sehr berechtigt ist, Angehörige bestimmter Berufsklassen und auch Bildungsstufen immer in einem Unterrichtscurse zusammenzunehmen. Bezeichnend für die Art des Unterrichtes in der ersten Hülfe ist es, dass vor zwei Jahren v. Bergmann im Aerzteverein der Berliner Rettungsgesellschaft vor Aerzten solche Curse abhielt, und damals von einigen Seiten eingewendet wurde, dass dergleichen, weil es bis dahin noch nicht geschehen, doch für Aerzte gar nicht passend sei. Gerade diese Curse haben bewiesen, dass es eben auf die Gleichartigkeit der Zuhörer ankommt, welche solchen Cursen beiwohnen, und welchen der Unterricht angepasst werden muss. Jene ausgezeichneten Vorträge werden Jedem, welcher an ihnen theilgenommen, in der Erinnerung bleiben. Hier war die Unterweisung eine andere, als die für Mitglieder von Sportvereinen oder für Werkmeister von Fabriken, für Eisenbahnbeamte u. s. w. bestimmte.

In meiner Arbeit über „Krankentransport", welche 1894 in den Encyclopädischen Jahrbüchern erschien, habe ich Folgendes ausgesprochen:

„Der Krankentransport, die Ueberführung des Kranken von einem Ort zum anderen, gehört zu den bedeutendsten Zweigen der gesammten Krankenpflege. Der Krankentransport stellt in vielen Fällen den Beginn der Sorge um den Kranken dar und ist oft von entscheidender Bedeutung für sein ferneres Wohlergehen. Eine der vornehmsten Aufgaben bei der Erlernung der Krankenpflege für Aerzte und Wärter sollte es sein, sich genau über sachgemässe Art des Krankentransportes zu unterrichten. Leider wird die Krankenpflege als solche auf den meisten Universitäten so gut wie garnicht besprochen. Es wäre sicherlich ein verdienstvolles Werk, im Anschluss an die Verband- oder Operationscurse auch Unterweisungen in den verschiedenen Arten des Krankentransportes, eventuell auch mit Uebungen, zu ertheilen, und dadurch einen wichtigen Theil der Krankenpflege, deren Rest in den Kliniken zu besprechen bliebe, den Studirenden vorzuführen. Merkwürdigerweise werden in allen diesen Zweigen nur Laien — auch in der ersten Hülfe bei Unglückfällen — unterrichtet, während aus unbestimmbaren Gründen deren Kenntniss bei allen Medicinern als selbstverständlich vorausgesetzt wird, jedoch, wie die tägliche Erfahrung lehrt, keineswegs stets in genügendem Maasse vorhanden ist."

Die viel später von v. Bergmann in der Berliner Rettungsgesellschaft abgehaltenen Curse liefern den Beweis, dass auch vor Medicinern ein solcher Unterricht nicht unangebracht sein würde, besonders wenn man erwägt, dass die Curse in der ersten Hülfe vor solchen Personen abgehalten werden sollen, welche, wie oben erwähnt, durch ihren Beruf in der Lage sind, häufig mit verunglückten Personen in Berührung zu kommen. Dass vor allen Dingen die Aerzte diejenigen sind, bei welchen dieses zutrifft, bedarf keiner weiteren Erörterung. Wenn man, wie dies auch in Wien in Jahresberichten der Freiwilligen Rettungsgesellschaft, z. B. von 1891, geschieht, die erste Hülfe bei Verunglückten und plötzlich Erkrankten als ein besonderes Studiengebiet auffasst, was unzweifelhaft richtig ist, so wird man auch sich dazu bekennen müssen, dass diese für die studirenden Mediciner als ein besonderer Studienzweig eingerichtet werden muss. Dieses Gebiet kann nun bei verschiedener Gelegenheit den Studenten der Medicin vorgetragen werden. Ich habe bereits vorgeschlagen, in den ersten Semestern beim Unterricht in der Anatomie, ja sogar im ersten Semester beim Studium in der Osteologie dieses Gebiet mitzuunterrichten. Ferner würde vielleicht der Unterricht in der topographischen Anatomie zur Anknüpfung von allgemeinen Bemerkungen über erste Hülfe bei Verletzungen sehr geeignet sein. Die betreffenden Vorlesungen würden sicherlich durch solche Hinweise an praktischem Interesse gewinnen, und bereits in früher Zeit die Aufmerksamkeit der Studenten auf den praktischen Werth des anscheinend nur theoretischen Gegenstandes gelenkt werden. Ferner bietet sich eine gute Gelegenheit zur Unterweisung von Studenten in den Handleistungen der ersten Hülfe in den Cursen über Verbandlehre, welche früher an besonderen Lederpuppen, jetzt, was als ein Fortschritt zu bezeichnen ist, an Menschen geübt werden. Auch dieser Unterricht kann an Lebendigkeit für die Zuhörer nur gewinnen, wenn die Verbände unter Zugrundelegung von wirklich vorkommenden Fällen von Verunglückungen aus der Praxis des täglichen Lebens oder an den Kranken selbst angelegt werden.

Es ist dieser Unterricht nicht als ein Samariterunterricht vor Laien anzusehen, sondern viel mehr als ein integrirender Bestandtheil des medicinischen Studiums.

Da weiter die Leistung der ersten Hülfe zu den Verrichtungen des Arztes gehört, für welche er in jedem Augenblick vorbereitet sein muss, so ist besonders auch aus diesem Grunde der Standpunkt, auf welchem die Begründung der Berliner Rettungsgesellschaft erfolgte, als richtig anzuerkennen, allen Aerzten die Möglichkeit zur Theilnahme am Wachtdienst zu gewähren. Und daher ist die Forderung, dass ein Gebiet, auf welchem scharfes logisches Denken und schneller Entschluss besondere Forderungen an den Arzt stellt, auch in besonderer Weise gelehrt werden muss, berechtigt. Der Besuch chirurgischer oder geburtshülflicher Polikliniken wird unzweifelhaft viel zur Schulung der Theilnehmer in diesen Fächern beitragen. Auf dem Gebiete des Rettungswesens aber, bei welchem alle Specialfächer der Heilkunde in beinahe gleicher

Weise betheiligt sind, ist eine besondere Uebung in den ersten Hülfsleistungen in allen einzelnen Disciplinen ein dringendes Erforderniss. Es sei hier nur an einige sich häufig ereignende Fälle erinnert. Blutungen oder heftige Schmerzen im Bereich der einzelnen Körpergegenden und Organe, die aus verschiedenen Ursachen auftretende Athemnoth, plötzlich entstehende Störungen der Function einzelner Organe, der Blase, der Verdauungswerkzeuge, Vergiftungen mit ihren Folgen, Störungen des Bewusstseins und das ganze Heer der verschiedenartigen Verletzungen erfordern eine ganz besondere Vorbildung auf dem Gesammtgebiet der Medicin, nicht allein der Chirurgie, wie vielfach erwähnt wird. Allerdings werden in den einzelnen Sondervorlesungen auf allen diesen Gebieten die für die erste Versorgung in Betracht kommenden Hülfsleistungen auch berührt. Aber die Zusammenfassung derselben in einer besonderen Fachvorlesung ist bis jetzt nirgends erfolgt. Und dennoch erscheint eine solche in gleicher Weise erforderlich, wie jetzt speciell diagnostische oder allgemeintherapeutische Gegenstände zu einer Vorlesung vereinigt werden. Die erste Hülfe stellt besondere Anforderungen an den Rettungsarzt auf dem Gebiete der schnellen Diagnose. Denn ohne eine solche ist ein wirksames Eingreifen schwierig. Es muss also in dieser genannten Sondervorlesung der schnell auffassende Blick für die augenblickliche Gefahr geschärft werden, so dass diese Ausbildung die Grundlage für die gesammte Schulung der zukünftigen Aerzte sein muss.

Die jetzt eben in Preussen eingerichteten Fortbildungscurse für Aerzte könnten sehr wirksam für den genannten Zweck mitbenutzt werden. Ein Anfang hierzu ist bereits durch die erwähnten von v. Bergmann im Aerzteverein der Berliner Rettungsgesellschaft vor zwei Jahren abgehaltenen Curse gemacht worden. Es war damals geplant worden in den Hauptwachen der Rettungsgesellschaft, den Krankenhäusern, Fortbildungscurse besonders für die in der Nähe der Hospitäler wohnenden Aerzte einzurichten, um so die Hospitäler zu Mittelpunkten für die weitere Ausbildung der Aerzte zu gestalten. Dieser Plan hat durch die Begründung des Centralcomités für Einrichtung von Fortbildungscursen eine bedeutende Förderung und Ausgestaltung erfahren. Bei der Neuregelung des Rettungswesens, welche jetzt für die grösseren Städte Deutschlands auf der Tagesordnung steht, wäre eine Zusammenfassung der Einrichtungen dieses mit den Fortbildungscursen wohl zu berücksichtigen.

Andere Aufgaben erwachsen für die Nothhelfer oder, wie sie nach Esmarch genannt wurden, die Samariter. Ihre Aufgaben bestehen hauptsächlich darin, bei Unglücksfällen und bei plötzlichen Erkrankungen, bei welchen sie zugegen sind, für schnelle Herbeirufung eines Arztes Sorge zu tragen und in der Zwischenzeit alle Schädlichkeiten von dem Verunglückten fernzuhalten. Es ist also die Aufgabe der Samariter zunächst eine negative und dennoch eine ungemein wichtige. Bei einem Unfalle steht die Umgebung des Patienten gewöhnlich rathlos umher, immer mehr müssige Zuschauer sammeln sich an, welche allein durch ihre Anwesenheit den Kranken aufregen, auch wenn sie, was beinahe nie geschieht,

sich vollkommen ruhig verhalten und nicht durch unnütze Gespräche den aufgeregten Kranken noch mehr beunruhigen. Sie tragen ferner, besonders in engen Räumen, wie bereits in den alten oben erwähnten Verordnungen hervorgehoben, zur Verschlechterung der Luft bei, was für Bewusstlose von Bedeutung ist. Hier hat der Samariter die Aufgabe, bis zur Ankunft des Arztes besonnen zu verfahren und unnöthige Zuschauer zu entfernen; er hat sich genau zu erkundigen, wo der nächste Arzt oder eine Rettungswache sich befindet, oder wo sonst ärztliche Hülfe bereit ist, und hat die Ueberführung des Kranken zu dem Arzte oder Wache oder die Herbeiholung des Arztes zum Kranken zu veranlassen. Ist eine Beförderung in die Wache oder Wohnung des Arztes zweckmässig, so hat er für diese alles Erforderliche anzuordnen und auch den Transport zu begleiten, damit letzter nach den im vorigen Aufsatze gegebenen Regeln sachgemäss ausgeführt wird. Er hat selbst einzugreifen, um die Lagerung des Kranken oder verletzter Glieder herzustellen, und den Kranken mit oder ohne Bahre mitzutragen. Im anderen Falle, wenn der Arzt an die Unfallstelle gerufen wird, hat der Samariter in der Zwischenzeit für eine richtige Lagerung des Kranken zu sorgen, zu veranlassen, dass der Patient aus dem Getümmel des Strassen- oder Fabrikbetriebes entfernt wird, und sich um die Herbeischaffung der nothwendigen Beförderungsmittel zu bekümmern. Seine sonstige Thätigkeit beschränke sich darauf, bei drohender Lebensgefahr, welche durch starke Blutung oder Athemnoth bei Bewusstlosen bewirkt wird, nach den ihm bekannt gegebenen Verfahren thätig einzugreifen.

Nach diesen Grundsätzen ist auch der Unterricht für die Samariter einzurichten. Sie sollen niemals etwa so erzogen werden, dass sie sich einbilden könnten, den Arzt zu ersetzen, sondern nur dazu, dass sie durch Vertrautmachung mit den Folgen der Gefahren, welche heute dem Menschen durch den Verkehr auf den Strassen und dem Fabrikgetriebe drohen, umsichtig werden, und bei sich bietender Gelegenheit nicht ohne Besinnung dastehen, wie es sonst die meisten Menschen thun, welche gerade Zeugen eines Unglücksfalles sind. Diese erzählen bei solcher Gelegenheit, dass sie einen Fall kennen, wo Jemand einen gleichen Unfall erlitten und nachher gestorben, was den Verletzten, wenn er bei Bewusstsein ist, nur unnöthiger und schädlicher Weise aufregt. Noch schlimmer ist es natürlich, wenn die Umgebung bei solchen Gelegenheiten die Anwendung von Volksmitteln, wie von Auflegen von Spinngeweben auf blutende Wunden zur Blutstillung oder von Bespülen der Wunden mit frisch gelassenem Harn anräth, was den jetzigen Grundsätzen der Heilkunde Hohn spricht.

Hiergegen hat sich der Samariter mit Thatkraft zu wenden, und es ist gar nicht leicht, auf offener Strasse, z. B. bei einem von einem epileptischen Anfall Betroffenen, zu verhüten, dass nicht weise sein wollende Personen dem Kranken, anstatt zu veranlassen, dass er an irgend einen passenden Ort heraus aus dem Getümmel des Strassenverkehrs geschafft wird, die krampfhaft zusammengezogenen Finger auseinander zu biegen trachten oder sonstige quälende Dinge mit ihm vornehmen.

Es gehört also Festigkeit des Charakters und eine aus lauterster Menschenliebe entspringende Gesinnung zu den Vorbedingungen für die Theilnahme von Laien an einem Unterrichte in der ersten Hülfe. Als Sport für Herren oder Damen, welche aus Mode sich an einem solchen Unterrichte zu betheiligen wünschen, darf derselbe nicht angesehen werden. Sicherlich ist der von Assmus aufgestellte Grundsatz richtig, nur solche Personen in der ersten Hülfe zu unterweisen, welche durch ihren Beruf in der Lage sind, häufig mit Verunglückten zu thun zu haben, welche also da verkehren, wo viele Menschen in relativ kleinem Raum sich zusammenfinden, wie in Schulen, Fabriken, oder welche in Betrieben arbeiten, in welchen trotz aller Vorsichtsmaassregeln Unfälle nie ganz zu vermeiden sind, oder welche im öffentlichen Verkehr direkt thätig und aus diesem Grunde als Erste Zeugen der Unfälle sind, wie die Polizeibeamten, ferner die Beamten der Eisenbahnen und auch der Strassenbahnen, deren Verkehr, z. B. in Berlin, eine sehr grosse Zahl von Unfällen mit sich bringt, ferner diejenigen, welche bei Feuer- oder Wassergefahr wohl allerorts als erste zur Stelle sind, die Feuerwehrmänner, welche in vielen Städten auch zu Unglücksfällen aller Art herbeigerufen werden, um hülfreiche Hand zu bieten, schliesslich Badediener, Schwimmlehrer, Schleusenmeister, Lootsen, Fischer, welche besonders bei Unfällen, die das nasse Element hervorbringt, zuerst am Platze sind.

Es ist also nicht richtig, möglichst viele oder gar alle Menschen als Samariter auszubilden, wie dies auch verlangt ist, und noch in neuester Zeit im Bericht der Cölner Rettungsgesellschaft vom Rothen Kreuz von Bardenheuer erwähnt wird. Dagegen spricht schon der Umstand, dass sehr viele der ausgebildeten Personen lange Zeit nicht ihre Kenntnisse werden anwenden können und dann im Nothfalle nicht im Stande sind, das Richtige zu thun. Es werden jetzt stets die einmal ausgebildeten Personen zu Wiederholungscursen in bestimmten Zeiträumen herangezogen, um die erlangten Kenntnisse immer wieder aufzufrischen. Solche Wiederholungscurse aber einzurichten, wenn alle oder auch nur ein Bruchtheil aller Menschen als Samariter ausgebildet sind, wäre ganz unmöglich. Also auch aus diesem Grunde muss eine Beschränkung der Theilnehmer an den Unterichtscursen auf bestimmte Berufsclassen oder -gruppen stattfinden.

Sehr wichtig erscheint es dagegen, möglichst viele Mitglieder der Sportvereine in der ersten Hülfe auszubilden. Wenn auch gerade in diesen der betreffende Sport in zweckmässiger Weise betrieben wird, so ereignen sich doch hierbei naturgemäss trotz aller Vorsicht der Einzelnen viele Unfälle, und da ärztliche Hülfe nicht immer in der Nähe vorhanden sein kann, so erscheint es angebracht, Mitglieder von Sportvereinen und auch Personen, welche, ohne einem Fachvereine anzugehören, sich mit einem bestimmten Sport beschäftigen, in der Leistung der ersten Hülfe zu unterrichten. Bedenkt man, wie häufig Ruderer, Segler, Radfahrer bei grösseren Touren an Stellen kommen, wo ärztliche Hülfe bisweilen sehr schwer erreichbar ist, so erscheint diese Forderung gewiss berechtigt. Aber

auch andere Sportarten, bei welchen ja immer erhöhte Anforderungen an die Leistungsfähigkeit des Körpers gestellt werden, bedingen gewisse Gefahren, deren Folgen sich häufig genug bei den Unfällen zeigen.

Die bei Hochgebirgsreisen sich alljährlich ereignenden schweren Unglücksfälle haben die Aufmerksamkeit vieler Fachleute auch auf dieses Gebiet gelenkt, und es sind daher in den letzten Jahren die Führer in der Leistung der ersten Hülfe besonders gut unterrichtet worden, was sicherlich nur zum Besten der Betheiligten beitragen kann.

Ferner ist Ertheilung von Samariterunterricht auf den Universitäten und in den gewerblichen Fachschulen zu empfehlen. Besonders die Studirenden der Hochschulen — abgesehen von den oben erwähnten Medicinern —, welche später zum Theil auf dem Lande, wo die Beschaffung ärztlicher Hülfe schwieriger als in den Städten ist, ihren künftigen Beruf zu erfüllen haben, geniessen mit grossem Vortheil solche Unterweisung. Die Zöglinge von Fachschulen werden in ihren Betrieben mit Nutzen ihre erworbenen Kenntnisse auf dem Gebiete der ersten Hülfe verwerthen können.

Die Einführung des Samariterunterrichtes auf den technischen Hochschulen hatte Graf Douglas bereits in der Sitzung des Preussischen Abgeordnetenhauses am 2. Mai 1888 empfohlen. Sein Antrag:

„Das Haus der Abgeordneten wolle beschliessen:

Die Königliche Staatsregierung zu ersuchen, auf den technischen Hochschulen, technischen Unterrichtsanstalten aller Art, wie auf den Lehrerseminarien Vorlesungen über die erste Hülfsleistung bei plötzlichen Unglücksfällen anzuordnen“

wurde einstimmig angenommen und ins Werk gesetzt.

Der Samariterunterricht an den Universitäten wurde in etwas anderer Gestalt durch die Mitwirkung der Genossenschaft freiwilliger Krankenpfleger im Kriege gefördert, wie noch darzulegen sein wird.

Auch bezüglich des Alters der Theilnehmer an solchem Unterrichte gehen die Meinungen noch auseinander. Man hat vorgeschlagen, um möglichst viele Menschen der Kenntniss der ersten Hülfe theilhaftig werden zu lassen, den Unterricht auch in den Volks- und anderen Schulen zu ertheilen. Hiergegen haben sich aber mit Recht auch auf dem letzten Samaritertage in Breslau 1900 viele Stimmen erhoben. Denn es muss eine bestimmte Altersgrenze für solche Zwecke innegehalten werden, unter welche man nicht herabgehen darf, da jüngere Kinder ein richtiges Verständniss für den Unterricht nicht haben. Anders verhält es sich mit Schülern der höheren Classen besonders von höheren Lehranstalten. Da diese sich gewöhnlich in einem vorgeschritteneren Alter von etwa 17 Jahren befinden, kann man von ihnen ein Verständniss von diesen Dingen eher erwarten. Schon Zarda hat das 16. Jahr als Altersgrenze für die Theilnehmer an seinen Cursen festgesetzt. In den höheren Lehranstalten kann sich dieser Unterricht ohne Weiteres an den Unterricht der Naturkunde anschliessen, bei welcher Gelegenheit die Lehrer jetzt den Bau des menschlichen Körpers erläutern. Würde der Unterricht in der ersten Hülfe

hier eingeführt werden, so müsste er von Aerzten ertheilt werden, und dann gleichzeitig der Bau und die Functionen des Körpers zur Erörterung gelangen. Zweckmässig liesse sich hiermit auch ein allgemeiner Unterricht in der Hygiene verbinden, so dass schon frühzeitig die Schüler auf viele vermeidbare Schädlichkeiten aufmerksam gemacht würden. Es ist empfehlenswerth, diese Unterweisung mit den Functionen der Schulärzte zu vereinigen.

Der Unterricht in der Gesundheitslehre kann unschwer stets mit der Unterweisung in der ersten Hülfe verbunden werden, wobei natürlich die Fassungsgabe der jedesmal in einem Curse vorhandenen Theilnehmer zu berücksichtigen sein wird. Auch aus diesem Grunde ist es angezeigt, in einem Curse möglichst Personen von einer gemeinsamen Bildungsstufe zu vereinigen, welche also auch möglichst einer Berufsart angehören, damit man jedesmal den Unterricht dem Verständniss der betreffenden Zuhörer anpassen kann. Auf diese Weise ist es möglich, den Samariterunterricht zu einem wichtigen socialen Hülfsmittel zu gestalten, welches berufen ist, manche Schädlichkeiten zu verhüten und auch gesundheitliche Lehren in weite Kreise des Volkes zu tragen. Die veredelnde Wirkung, welche die Hinlenkung des menschlichen Gemüthes auf den Beistand verunglückter Mitmenschen überhaupt hat, ist besonders hervorzuheben.

Ich habe vor mehreren Jahren den Samariterunterricht als ein vortreffliches Mittel gegen die Curpfuscherei bezeichnet. Richtig gehandhabt, stellt er, wie sich aus den bisherigen Darlegungen ergiebt, ein solches auch unzweifelhaft dar, wie von vielen Seiten anerkannt wird. Der stete Hinweis auf die Unzulänglichkeit der Kenntnisse der Laien und auf die Grenzen der Thätigkeit, welche der Nothhelfer innezuhalten hat, ferner aber besonders die Art der Unterweisung selbst, welche stets nur in grossen Zügen allgemein wissenschaftlich feststehende Thatsachen in leicht verständlicher Form darzulegen hat und sich fernhält vom Vortrage von allen noch nicht allgemein anerkannten Dingen, kann Laien nicht zu Curpfuschern machen. Auch die Art und Weise, wie der Arzt aus dem reichen Born seines Wissens und seiner Erfahrungen den Laien vorträgt, zeigt diesem den gewaltigen Unterschied zwischen seinen Vorstellungen und denen des Arztes. Die Betonung der hohen Verantwortung, welche der Arzt bei seinem Thun jederzeit hat, und noch viele andere Momente trägt ferner dazu bei, viel mehr Achtung vor ärztlichem Wissen und Können den Zuhörern beizubringen, als es durch zahlreiche Schriften möglich ist. Behördliche Curpfuschereiverbote allein, so erwünscht sie auch sind, haben bisher noch niemals den beabsichtigten Erfolg gehabt, wenn nicht ergänzend die Aufklärung des Volkes durch Aerzte hinzukam. Die Anerkennung ärztlicher Tüchtigkeit und Verständniss für die Bedeutung der medicinischen Wissenschaft seitens des Publikums sind die besten Waffen gegen die Curpfuscherei, und gerade diese Anerkennung ernten die Aerzte, wenn sie Curse der genannten Art abhalten und überall ins Leben rufen. So wirkt der genannte Unterricht auch

nach dieser Richtung social, denn die Curpfuscherei ist ein sociales Uebel, als welches es auch im Bericht über „das Sanitätswesen des Preussischen Staates 1892/94“ anerkannt ist.

Es möge hier hervorgehoben werden, dass einige Zeit der Grundsatz bestand, dass es für Aerzte nicht passend sei, Unterricht in der ersten Hülfe oder überhaupt über Fragen der Gesundheitslehre zu ertheilen. Es ist als ein grosser Fortschritt anzusehen, dass diese Ansicht heute nicht mehr — bei der Mehrzahl der Aerzte — besteht. Man warf ferner den Aerzten, welche solche Unterweisungen mit Aufwand vieler Zeit und auch bisweilen von erheblichen Kosten bewerkstelligten, vor, dass dies von den Einzelnen geschehe, um sich im Publikum bekannt zu machen und dadurch persönliche Vortheile zu geniessen. Man kann wohl sagen, dass heute kaum noch ein Arzt dieser Ansicht zuneigt, und dass es nicht mehr als Streberthum angesehen wird, wenn Aerzte sich in erster Stelle mit diesen Unterweisungen beschäftigen und sie nicht mehr den Laien überlassen. Man ist sogar schon so weit jetzt gelangt anzuerkennen, dass es Sache der Aerzte ist, diese Curse zu ertheilen. Es darf natürlich dabei nicht über ärztliche Behandlung von Erkrankungszuständen gesprochen werden, sondern nur über diejenigen Dinge, welche der Nothhelfer auszuüben hat, abgesehen von der hauptsächlichsten Unterweisung über diejenigen Dinge, welche er zu unterlassen hat, welche die wichtigste Darlegung für den Unterricht, wie oben bemerkt, darstellt. Ich gehe aber noch weiter und behaupte, dass, wie ich in meiner 1900 erschienenen Schrift „Die sociale Bedeutung der Medicin“ auseinandergesetzt, heute jeder Arzt sogar die Pflicht hat, nach Maassgabe seiner sonstigen Verhältnisse sich an der Aufklärung des Volkes über die Errungenschaften auf dem Gebiete der Naturwissenschaften — in der geschilderten Weise — zu betheiligen. Diese Pflicht erwächst ihm um so mehr, als sonst Curpfuscher dieses Amt für sich in Anspruch nehmen und dadurch für sich und die von ihnen vertretenen Anschauungen wirken. Das vornehme Hinwegsehen über diese Aufgaben des ärztlichen Standes ist im Interesse der Allgemeinheit — und der Aerzte selbst — ein grosser Fehler. Die Allgemeinheit hat nur Vortheil davon, wenn die berufenenen Lehrer auf dem Gebiete der Heilkunde, die Aerzte selbst, sie in allen denjenigen Dingen und Verhältnissen unterweisen, welche für sie wichtig sind.

Die einzelnen Aerzte und auch ihre Gesammtheit ist nicht im Stande, sich dem mächtigen Drange der Zeit nach Aufklärung über naturwissenschaftliche Fragen entgegenzustellen. Daher ist es viel zweckmässiger, diese Bewegung sorgsam zu überwachen, überall dabei den ärztlichen Einfluss geltend zu machen und einzusetzen und dieselbe zum Nutzen und Segen der Betheiligten, des Publikums und der Aerzte, in richtige Bahnen zu lenken und darin zu erhalten.

Aus den oben wiedergegebenen Worten, welche vor mehr als hundert Jahren Zarda niederschrieb, ist zu ersehen, dass damals die gleichen Vor-

würfe gegen den Samariterunterricht erhoben wurden, und die gleichen Gründe gegen diese Bedenken geltend gemacht wurden.

Das beste Mittel zur Einrichtung von Samaritercursen besteht darin, Vereinigungen — wo sie nicht bereits bestehen — zu bilden, von welchen aus die sich bereit erklärenden Aerzte zur Ertheilung des Unterrichts aufgefordert werden. Die Begründung des „Deutschen Vereins für Volkshygiene“ stellt nach dieser Richtung einen Fortschritt dar, da dieser Verein beabsichtigt, Curse über öffentliche und private Gesundheitspflege in allen Theilen des Reiches einzurichten. Die im letzten Winter von dem Verein veranstalteten Curse über häusliche Krankenpflege betrafen auch die Unterweisung in der ersten Hülfe bei innerlichen und äusserlichen Erkrankungen, welche ja untrennbar mit jeder Unterweisung über Krankenpflege vereinigt werden muss.

Obwohl es keinem Zweifel unterliegen kann, dass einzig und allein Aerzte einen solchen Unterricht zu ertheilen berufen sind, ist man in einzelnen Vereinigungen von diesem allein richtigen Grundsatze abgewichen, indem Laien den Unterricht übernahmen. Es soll nicht geleugnet werden, dass auch Nichtärzte grosse Routine in der Leistung erster Hülfe erlangen können, so dass sie auch, falls sie sonst über Redegewandtheit verfügen, ihre Kenntnisse Anderen mitzutheilen sich berufen fühlen. Niemals jedoch können Nichtärzte in das Wesen des Gebietes so eindringen, dass sie auch im Stande sein könnten, andere Laien ausreichend zu unterweisen. Es gehört eben Kenntniss der medicinischen Wissenschaft dazu, um genau zu ermessen, was bei einem solchen Unterricht den Hörern mitzutheilen, und was nicht zu geben ist. Nach einem Leitfaden ohne Weiteres zu unterrichten, ist für einen Laien, welcher ja die Gründe der einzelne Handgriffe nicht kennt, ausgeschlossen, auch wenn der Betreffende selbst ein gut ausgebildeter Samariter ist und auch in manchen Fällen Hand angelegt hat. Es ist daher auch als Forderung in die Satzungen fast aller Vereinigungen, bei welchen Samariterunterricht ertheilt wird, aufgenommen, dass nur Aerzte als Lehrer für erste Hülfe vorhanden sein dürfen. Selbstverständlich ist dies in denjenigen Körperschaften, welche ärztlicher Leitung unterstehen, und in welchen der Samariterunterricht einen Zweig der Thätigkeit darstellt.

Wie oben bemerkt, ist der Grundsatz, dass Aerzte die berufenen Lehrer in der ersten Hülfe für Laien sind, auch in der St. John's Ambulance Association, dem Muster für das Deutsche Samariterwesen, ausdrücklich betont. Es hat daher der Deutsche Samariterbund in seinen Satzungen an erster Stelle diesem Grundsatze Ausdruck gegeben. Der Gedanke der Errichtung eines Samariterbundes, d. h. einer Vereinigung aller im Frieden sich mit dem Rettungswesens und der ersten Hülfe befassenden Vereinigungen war von Billroth ausgegangen. Mit ihm hatten sich Bürgermeister Prix und Anton Loew-Wien vereinigt und einen vorbereitenden Ausschuss gewählt, in welchem ausgezeichnete Männer, wie Kundrat, vertreten waren, um einen internationalen Samariterbund ins

Leben zu rufen, welcher in gleicher Weise, wie das internationale Rothe Kreuz im Kriege, für die Friedensthätigkeit auf dem Gebiete der ersten Hülfe sich bethätigen und alle mit dieser Thätigkeit sich beschäftigenden Körperschaften vereinigen sollte. Leider hatte der Tod einzelne der Vertreter abberufen, und so konnte nur Loew auf dem achten internationalen Congress für Hygiene und Demographie in Budapest 1894, welchem der beabsichtigte internationale Samaritercongress als 19. Abtheilung angeschlossen war, über die Pläne und Absichten, welche verwirklicht werden sollten, berichten.

Carl Assmus-Leipzig berief damals am Schluss der Sitzungen der Abtheilung die anwesenden Vertreter Deutschlands zusammen und legte ihnen den Gedanken der Begründung eines Deutschen Samariterbundes vor. Im nächsten Jahre fand zu Cassel eine Deutsche Samariterversammlung statt, in welcher die Grundzüge für die geplante Vereinigung aufgestellt wurden, deren Begründung dann in Berlin 1896 erfolgte.

Nach den Satzungen lautet:

### Allgemeine Bestimmung.

§ 1. Um die zerstreuten Bestrebungen, welche auf dem Friedensgebiet des Samariter- und Rettungswesens im Deutschen Reiche hervorgetreten sind, zusammen zu fassen, sind am 23. August 1895 eine Anzahl Vereine und Körperschaften, die sich derartigen Aufgaben unterziehen, zu einer Vereinigung zusammengetreten, welche den Namen „Deutscher Samariter-Bund“ führt, ihren Sitz zu Leipzig hat und die Rechte einer juristischen Person geniesst.

### Zweck.

§ 2. Der „Deutsche Samariter-Bund“ ist eine gemeinnützige vaterländische Vereinigung und bezweckt:

a) den Zusammenschluss aller Körperschaften und Vereine in Deutschland, welche das Samariter- und Rettungswesen ganz oder theilweise zum Gegenstand ihrer Friedensthätigkeit haben, unter Wahrung ihrer vollen Selbstständigkeit,

b) gegenseitige Anregung und Unterstützung der Bundesmitglieder,

c) Ausbreitung und einheitliche Gestaltung des Samariter- und Rettungswesens,

d) Herbeiführung einer einheitlichen Statistik aller Vorkehrungen und Leistungen auf diesem Gebiete,

e) Verbindung mit dem „Central-Comité der deutschen Vereine zur Pflege im Felde verwundeter und erkrankter Krieger“,

f) Unterstellung der Einrichtungen und Mittel des Bundes unter das genannte Comité im Kriegsfalle.

### Thätigkeit.

§ 3. Die Thätigkeit des Bundes erstreckt sich hauptsächlich auf den Unterricht in der „ersten Hülfe“ und in den Grundzügen der Krankenpflege (Ausbildung von Nothhelfern), auf die Bildung freiwilliger Abtheilungen von Hülfsmannschaften (Samariter), auf die Einrichtung von Sanitäts- oder Rettungswachen bezw. -Stationen und eines zweckentsprechenden Transportes von Verletzten und Kranken.

§ 4. Für die Ausübung der Thätigkeit des Bundes und seiner Mitglieder sind folgende Grundsätze massgebend:

a) Der Unterricht in der „ersten Hülfe“ soll nur von approbirten Aerzten ertheilt werden.

b) Die freiwilligen Samariter und Nothhelfer sind darauf zu verpflichten, Verunglückte und plötzlich Erkrankte so schnell als möglich ärztlichem Beistand zuzuführen, unterdessen aber die nöthige erste Hülfe bereitwillig und unentgeltlich zu leisten.

c) Die Sanitäts- und Rettungswachen bezw. -Stationen, sowie Anstalten für Verletzten- und Krankentransport gewähren ihre Hülfe, welche nur in einer einmaligen Versorgung bestehen und nicht von der Bezahlung abhängig gemacht werden darf, Jedermann.

d) Die Hülfe der Sanitäts- und Rettungsanstalten und der Transport ist unentgeltlich nur für Unbemittelte und im öffentlichen Rettungsdienste (bei Epidemieen, grösseren Unglücksfällen, Ansammlungen grosser Menschenmassen, Volksfesten und dergleichen).

e) Für eine sorgfältige Statistik über geleistete „erste Hülfe“ sorgen die einzelnen Vereine und Körperschaften. Das Zählkartensystem ist zu empfehlen.

Mitgliedschaft.

§ 5. Der Deutsche Samariter-Bund besteht aus dem „Deutschen Samariter-Verein zu Kiel“ als Ehrenverein mit Wahl- und Stimmrecht und mit dem Recht, in erster Reihe Vorschläge zu machen, und aus den innerhalb jedes Staates und in Preussen innerhalb jeder Provinz gebildeten Landes-Samariter-Verbänden mit ihren Mitgliedern.

Die Landes-Samariter-Verbände verpflichten sich, die vom Bunde vorgeschriebenen Satzungen und Geschäftsordnungen anzunehmen.

Körperschaften, deren Thätigkeit über die Grenzen des engeren Staats- oder Provinzverbandes hinausgeht, können unmittelbare Mitglieder des Bundes werden.

Ebenso können auch Körperschaften, Vereine und Einzelpersonen eines Staates oder einer Provinz sich unmittelbar dem Bunde anschliessen, wenn und so lange in diesen ein Landesverband noch nicht gebildet ist.

§ 6. Als Mitglieder des Deutschen Samariter-Bundes dürfen nicht zugelassen werden:

a) Personen und Vereine, welche auf Kurpfuscherei oder andere unlautere Zwecke gerichtete Bestrebungen nicht grundsätzlich ausschliessen oder solche offen oder versteckt befördern,

b) Personen oder Gesellschaften, welche sich mit der Ausübung der sog. „ersten Hülfe“ oder der Rettungsthätigkeit gewerbsmässig beschäftigen, (u. A. Krankentransportunternehmer, Heilgehülfen, Barbiere, Bader und andere Personen, welche sich mit der Bezeichnung „geprüfte Samariter“ oder ähnlichen Titeln zur Leistung „erster Hülfe“ gegen Entgelt anbieten oder Unterricht in der „ersten Hülfe“ ertheilen).

§ 11. Die Ehrenmitgliedschaft des Bundes erlangen in Anbetracht dessen, dass eine gedeihliche Entwickelung des Samariter- und Rettungswesens nur durch den sachverständigen Beistand der deutschen Aerzteschaft ermöglicht wird, ärztliche Vereine durch ihre Beitrittserklärung.

Personen, welche sich in hervorragender Weise um den Samariterbund oder das Samariter- und Rettungswesen überhaupt verdient gemacht haben, können vom Hauptausschuss zu Ehrenpräsidenten oder Ehrenmitgliedern ernannt werden.

Mit der Ehrenmitgliedschaft ist das Wahl- und Stimmrecht auf den Samaritertagen verbunden.

Aus den Satzungen ergiebt sich, dass der Bund von dem allein richtigen Grundsatz ausgeht, die Leitung sowie die Verwaltung des Rettungs- und Samariterwesens in die Hände der Aerzte zu legen. Aus

diesem Grunde sind auch ärztliche Vereine ohne Weiteres bei ihrem Eintritt Ehrenvereine des Bundes. Diese Betonung der Bedeutung der ärztlichen Thätigkeit und Beaufsichtigung für das Rettungs- und Samariterwesen ist nicht ohne Absicht geschehen und nicht ohne Bedeutung geblieben. Es beweisen dies die Verhandlungen im Schoosse der ärztlichen Vereinigungen. Es ist ja bekannt, dass besonders in Berlin sich ein heftiger Widerstand gegen das Samariterthum, wie es seinerzeit von Esmarch empfohlen wurde, unter den Aerzten geltend machte, so dass der hier gleich nach Entstehen des Kieler Samaritervereins begründete Samariterverein heftige Angriffe erfuhr. Auch in anderen Städten, z. B. in Leipzig, wo der Samariterverein durch die Thatkraft seines Begründers sogleich die weiteren Ziele, nämlich die Errichtung von Sanitätswachen mit Tages- und Nachtdienst betrieb, also bevor die socialen Gesetze im Reiche erlassen waren, ist von Anbeginn an das Hauptgewicht auf die ärztliche Leitung der technischen Angelegenheiten des Rettungs- und Samariterwesens gelegt worden. Und trotzdem hatte auch dieser Verein lange Zeit mit dem Widerstande der Aerzte zu kämpfen, bis vor mehreren Jahren auch in Leipzig die Erkenntniss sich Bahn brach, dass das unter ärztlicher Leitung stehende Rettungswesen nur zum Segen aller Betheiligten wirken kann, wenn dabei die berechtigten Interessen aller Factoren berücksichtigt werden, wie das in Leipzig und auch seit dieser Zeit in anderen Städten der Fall ist. Wir werden aus der Darlegung der besonderen Verhältnisse ersehen, in welchem Maasse dies in den einzelnen Städten geschieht.

Es ist von Interesse, die in Berlin von Seiten der Aerzte bezw. deren Standesvertretung geführten Erörterungen durchzusehen, um den Umschwung der Ansichten, welcher sich seit jener Zeit vollzogen, zu erkennen.

Der Centralausschuss der ärztlichen Bezirksvereine in Berlin verhandelte im Jahre 1882 eingehend über die Einrichtung der von Esmarch vorgeschlagenen Samariterschulen. Es mögen die bezüglichen Verhandlungen im Wortlaut hier Platz finden:

Verhandlungen des Central-Ausschusses der ärztlichen Bezirksvereine zu Berlin über Esmarch's Samariterschulen.

Nachdem in einzelnen Bezirksvereinen über Esmarch's Samariterschulen bereits eingehend discutirt worden war, hatte der Central-Ausschuss am 2. Juli cr. Veranlassung, sich ebenfalls mit dieser Angelegenheit zu beschäftigen. Ohne sachliche Meinungsverschiedenheiten beschloss derselbe, folgenden Brief an Herrn Esmarch abzuschicken:

Hochgeehrter Herr!

In seiner Sitzung d. d. 2. Juni a. c. hat der unterzeichnete Central-Ausschuss der Berliner ärztlichen Bezirksvereine, in Gemässheit eines ihm vorgelegten Specialantrags, das neuerdings in's Leben getretene Samariterwesen zum Gegenstand seiner Besprechung gemacht, und beehrt sich, in Nachfolgendem Euer Hochwohlgeboren die ernsten Bedenken gegen die Sache darzulegen, wie solche gleichmässig von sämmtlichen Mitgliedern der Versammlung getheilt wurden:

Ob die Bereithaltung besonderer Hülfs-Vorrichtungen für plötzliche Unglücks-

fälle überhaupt erforderlich, oder im humanen Interesse geboten ist, lassen wir dahingestellt, können aber, falls das factische Bedürfniss für derartige Maassnahmen nachgewiesen würde, niemals verstehen, wie diesem durch das Heranziehen Unberufener entsprochen werden sollte.

Jeder, auch der geringste Eingriff in Leben und Gesundheit eines Menschen schliesst stets eine so ernste Verantwortung in sich, dass eben nur der Arzt dieselbe tragen kann, und es erscheint absolut unstatthaft, dem Nichtarzt in dieser Beziehung Obliegenheiten aufzuerlegen, deren Erfüllung selbst in den einfachsten hierher gehörigen Fällen doch immer mehr Umsicht und positives Wissen erfordert, als füglich durch die Ausbildung in einer Samariterschule zu erlangen ist. — Halbwisserei ist stets gefährlich, nirgends aber so gefährlich, wie auf dem Gebiete der Medicin. Sie geht so gern mit Ueberschätzung des eigenen Könnens einher und wird in vorliegendem Falle dieses um so gewisser thun, als hier ein Schein officieller Berechtigung dem Betreffenden verliehen wird. Er hat seine Befähigung durch ein Examen bewiesen und ein Diplom erhalten, welches der Welt und ihm selber gewissermaassen Bürgschaft für die erworbene Tüchtigkeit zu leisten scheint. Selbst Diejenigen, welche in aufrichtiger Hingabe für den ideellen Zweck der Sache sich durch den Unterricht in der Samariterschule einige höchst dürftige Kenntnisse, sowie eine doch stets nur sehr unbedeutende manuelle Geschicklichkeit im Anlegen einzelner Verbände angeeignet haben, werden, um von den erlangten Fertigkeiten Gebrauch zu machen, sich keineswegs streng an diejenigen Vorkommnisse gebunden erachten, welche allein bei Begründung der Samariterschulen ins Auge gefasst wurden, sondern geflissentlich Gelegenheit aufsuchen, um ihre Künste zu erproben. Sie werden, ohne die Unrichtigkeit ikres Handelns zu empfinden, thatsächlich nur der Ausübung der Pfuscherei sich hingeben. Neben ihnen werden alsbald aber auch unlautere Elemente sich an das Samariterthum anhängen, um ungestraft unter dem Deckmantel der christlichen Liebe ihre selbstsüchtigen Zwecke zu verfolgen. Es wird nicht lange währen, ja es ist sogar bereits ein derartiger Fall zu unserer Kenntniss gelangt, und man wird Schilder öffentlich angebracht finden, die mit dem rothen Kreuz versehen sind, und Aufschriften führen, wie „N. N., geprüfter Samariter“ etc. „Erste Hülfe bei plötzlichen Unglücksfällen“ etc.

Auf diese Weise wird ganz unausbleiblich aus dem Samariterthum sich schliesslich nur eine neue Vermehrung des leider schon so üppig gediehenen Pfuscherwesens ergeben, sowohl des gutgemeinten, deshalb aber nicht weniger bedenklichen, welches aus beklagenswerthem Selbstbetrug, als auch desjenigen, welches lediglich aus gemeiner Gewinnsucht und betrügerischen Absichten hervorgeht. Anstatt Förderung des öffentlichen Wohles wird das Samariterthum eine schwere Schädigung desselben bedingen. Euer Hochwohlgeboren dürfte Nichts ferner liegen, als derartigen Uebeln Vorschub leisten zu wollen, und hoffen wir, da wir annehmen können, dass selbst bei Fortbestehen der Samariterschulen an sich, dennoch jeder Grund zur Besorgniss schwände, sobald nur von der Ablegung eines Examens, sowie von Ertheilung einer Bescheinigung über den Ausfall dieser Prüfung Abstand genommen würde, dass Euer Hochwohlgeboren sich veranlasst finden werden, die zur Zeit bei den Samariterschulen statutenmässig bestehenden Einrichtungen in der entsprechenden Weise abzuändern.

Berlin, 6. Juni 1882.

Der Central-Ausschuss der Berliner ärztlichen Bezirksvereine.
Der stellvertr. Vorsitzende
gez. Dr. Veit, Geh. San.-Rath, Matthäik.-Str. 5.

An den Geheimen Medicinal-Rath Herrn Dr. Esmarch.
Hochwohlgeboren. Kiel.

Darauf ist folgende Antwort eingegangen:

Kiel, den 13. Juni 1882.

Der verehrliche Central-Ausschuss der Berliner ärztlichen Bezirksvereine hat mir durch Schreiben vom 6. Juni d. J. seine ernsten Bedenken gegen die von mir in's Leben gerufenen Samariter-Vereine zu erkennen gegeben und die Hoffnung ausgesprochen, dass die Statuten der Vereine in entsprechender Weise verändert werden und namentlich auch von der Ablegung eines Examens und von der Ertheilung einer Bescheinigung über den Ausfall desselben werde Abstand genommen werden.

Der verehrliche Ausschuss spricht die Befürchtung aus, dass aus dem Samariterthum schliesslich nur eine neue Vermehrung des Pfuscherwesens entstehen und dass das Samariterwesen anstatt eine Förderung des öffentlichen Wohles nur eine schwere Schädigung desselben bedingen werde.

Diese Befürchtungen scheinen mir aus einer ungenügenden Kenntniss der Zwecke und Bestrebungen des Samariter-Vereins hervorgegangen zu sein und ich vermag dieselben in keiner Weise zu theilen.

Ich erlaube mir daher, Ihnen beifolgende Schriftstücke zu übersenden und bitte, dieselben einer genaueren Durchsicht zu unterwerfen.

Sie werden daraus ersehen, dass es sich hier nicht handelt um eine Behandlung von Kranken oder Verletzten an Stelle eines Arztes, sondern einzig und allein um die dringend nothwendige erste Hülfe bei plötzlichen, lebensgefährlichen Unglücksfällen, wenn kein Arzt da ist, und bis der Arzt kommt.

Ich habe in den hierbei übersandten Vorträgen, welche ich als „Leitfaden für Samariterschulen" drucken liess, bei der Schilderung jeder Art von Unglücksfällen es immer nachdrücklich betont, dass man zuerst und vor Allem ärztliche Hülfe herbeirufen müsse, und nur gezeigt, welche Maassregeln bis zur Ankunft des Arztes zu treffen seien, damit nicht unterdessen der Verunglückte weiteren Schaden erleide oder sein Leben verliere.

Ich habe überall, wo es mir nöthig schien, vorangestellt, welche Hülfsleistungen als schädlich zu unterlassen seien, weil die tägliche Erfahrung lehrt, dass von Laien sehr oft die allerunzweckmässigsten Mittel angewendet werden, deren schädliche Wirkungen nachher durch ärztliche Hülfe gar nicht wieder gut gemacht werden können.

Es ist, meiner Ansicht nach, gerade die Unkenntniss der einfachsten anatomischen und physiologischen Verhältnisse, welche in solchen Fälllen den grössten Schaden anrichtet, und habe ich mich deshalb bemüht, in meiner ersten Vorlesung meinen Zuhörern eine solche Kenntniss beizubringen.

Auch ist es wohl eine allgemein bekannte Thatsache, dass der Laie, je grösser seine Unwissenheit in solchen Dingen ist, desto mehr dazu neigt, sich und die Seinigen Pfuschern und Quacksalbern anzuvertrauen und so ist gewiss die Annahme gerechtfertigt, dass durch die Verbreitung von solchen Kenntnissen, welche eigentlich schon in der Schule gelehrt werden sollten, dem Pfuscherthum am besten Abbruch gethan werde.

Was endlich das mit den Schülern auf Wunsch anzustellende Examen und die Ertheilung einer Bescheinigung im Falle des Bestehens desselben anbetrifft, so ist damit zweierlei beabsichtigt:

1. soll dasselbe dem Samariterschüler, welcher nachgewiesen hat, dass er sich die nöthigen Kenntnisse der „ersten Hülfe" erworben, den Zutritt erleichtern zu Verunglückten, welche etwa von Neugierigen umdrängt sind, die keine Hülfe anzuwenden verstehen, oder dieselbe, wie so oft, in unzweckmässigster Weise anzuwenden sich bemühen;

2. soll dadurch der Examinirte verpflichtet werden, seine Hülfe nur bis zur Ankunft des Arztes, und zwar in allen Fällen unentgeltlich zu leisten. Darauf wird der geprüfte Samariter durch Handschlag verpflichtet und dürfte gerade diese Verpflichtung, welche zur allgemeinen Kenntniss gebracht wird, es verhindern, dass der Name „Samariter“ eigennützigen Zwecken diene. Vielmehr ist anzunehmen, dass jeder Samariter dafür sorgen werde, dass in allen Fällen die geeignete ärztliche Hülfe möglichst rasch herbei geholt werde. Sollte trotzdem einmal der Fall vorkommen, dass ein Samariter-Zeugniss in der befürchteten Weise verwerthet würde, so würde solchem Missbrauch ganz leicht durch Entziehung des Certificates von Seiten des Vereins-Vorstandes oder eventuell durch Veröffentlichung der Fälschung gesteuert werden können.

Ich kann daher durchaus nicht meine Zustimmung dazu geben, dass diese Samariterprüfung, welche hier bereits von 50 Schülern und Schülerinnen in befriedigender Weise bestanden ist, in Zukunft wegfalle, weil gerade diese Prüfung die beste Garantie gegen den Missbrauch des Erlernten giebt, und bitte demnach den verehrlichen Central-Ausschuss, es ruhig abwarten zu wollen, ob wirklich eine schwere Schädigung des öffentlichen Wohles oder des ärztlichen Standes daraus erwachsen werde. Die Erfahrungen, welche man in England gemacht, beweisen das Gegentheil, wie Sie aus den beifolgenden Schriftstücken ersehen werden. Esmarch.

Herrn Esmarch's Antwort veranlasste den Central-Ausschuss in einer ausserordentlichen Sitzung vom 21. Juli c. nochmals über die Samariterschulen zu verhandeln. Die historische Seite dieser Angelegenheit, die Uebernahme der Idee aus England, die Bedürfnissfrage für die erste Hülfe Verunglückter durch Laien in Berlin und in den Provinzen u. s. w. wurden nochmals einer eingehenden Besprechung unterzogen. Dieselbe endete in dem Beschluss, folgende Resolution im ärztlichen Vereinsblatt zu veröffentlichen.

„Der Central-Ausschuss der Berliner ärztlichen Bezirksvereine hält es für seine unabweisbare Pflicht, hierdurch öffentlich zu erklären, dass er den Bestrebungen, welche in den Samariterschulen zum Ausdruck gelangen, entgegen treten muss. Dass sich ein allgemeines Bedürfniss zur Bereithaltung besonderer Vorkehrungen für plötzliche Unglücksfälle in solcher Weise, wie dieses behauptet wird, thatsächlich fühlbar gemacht hätte, muss durchaus in Abrede gestellt werden. Sollten jedoch unsere Medicinal-Einrichtungen in dieser Beziehung Mängel aufweisen, so dürfte diesen gegenüber niemals auf dem eingeschlagenen Wege zweckmässige Abhülfe zu schaffen sein. Die Idee, welche dem Samariterthum zu Grunde liegt, erscheint an sich schön; die Ausführung, die sie erfahren soll, ist jedoch eine verfehlte.

Gestützt auf unsere gemeinsame ärztliche Erfahrung können wir nur dringend wünschen, dass nicht eine auf falsche Bahnen geleitete Humanität, anstatt einer erhofften Förderung des allgemeinen Wohles, eine höchst bedenkliche Schädigung desselben herbeiführe.“

Man ersieht aus diesen Ausführungen den scharfen Widerspruch der Aerzte in Berlin gegen die Einführung der Samariterbewegung in Deutschland. Die in den letzten Jahren in vielen Städten des Reiches hervorgetretenen Bestrebungen zur Regelung des Rettungswesens führten dazu, dass im Jahre 1899 auf dem Deutschen Aerztetage in Dresden die Berathung der Frage auf die Tagesordnung gesetzt wurde. Die Erörterung wurde auf den nächstjährigen Aerztetag in Freiburg verschoben, und hier wurden die vom Berichterstatter vorgeschlagenen Schluss-

sätze in folgender Form angenommen, welche nur unwesentliche Abänderungen enthielt:

„Die Ausübung der ersten Hülfe bei Unglücksfällen und plötzlichen Erkrankungen steht den Aerzten zu. Einheitliche Einrichtung des Rettungsdienstes gewährleistet am besten sichere und zweckmässige Hülfe. Nur in denjenigen Fällen, in denen ärztliche Hülfe nicht sofort zu beschaffen ist, namentlich auf dem Lande und in kleinen Städten, ist die Hinzuziehung des Laienelementes zulässig. Doch sollen sich die für die Leistung der ersten Hülfe eigens ausgebildeten Samariter darauf beschränken, dem Verletzten Alles fernzuhalten, was ihm schaden könnte und ihn möglichst schnell ärztlicher Verzorgung zu übergeben.

Die in grossen Städten zu treffenden Einrichtungen zur Beschaffung erster ärztlicher Hülfe bei Unfällen oder plötzlichen Erkrankungen (Rettungswachen, Unfallstationen, Sanitätswachen) sollen von den städtischen Verwaltungen unterhalten oder finanziell sichergestellt werden. Sie entsprechen nur dann gleichmässig den Interessen des Publikums wie der Aerzte, wenn sie:

1. bezüglich ihrer Einrichtung und ihres Betriebes einer ärztlichen Oberleitung unterstehen;

2. wenn auf der Wache selbst oder am Orte des Unfalls resp. der Erkrankung die Hülfe von Aerzten geleistet wird;

3. wenn sie sich darauf beschränken, nur die erste und nur einmalige Hülfe zu gewähren;

4. wenn die Theilnahme am Rettungsdienst sämmtlichen Aerzten gestattet wird, die sich bestimmten, vertragsmässig festzusetzenden Bedingungen unterwerfen, welche den Standesvertretungen zur Genehmigung vorgelegt werden können;

5. wenn sie über geeignete Transportmittel verfügen, um Verletzte und Schwerkranke möglichst schnell und in zweckmässiger Weise in ihre Wohnung oder in ein Krankenhaus zu schaffen;

6. wenn ausser der Gewährung erster Hülfe keinerlei Nebenzwecke verfolgt und wenn der Oeffentlichkeit keinerlei Mittheilungen gemacht werden;

7. wenn Unbemittelten die Hilfe unentgeltlich, sonstigen Patienten nach den üblichen Taxsätzen geleistet wird.“

Die Annahme dieser Thesen seitens des Deutschen Aerztetages ist deswegen bemerkenswerth, weil dieselben einerseits die Ausübung des Samariterdienstes nach den vom Deutschen Samariterbunde festgelegten Grundsätzen, andererseits die Einrichtung des Rettungswesens nach den von der Berliner Rettungsgesellschaft befolgten Regeln empfehlen. Der namentliche Unterschied zwischen diesen beiden Arten der Ausübung der ersten Hülfe ist der, dass die von Laien ausgeübte Nothhülfe seit Esmarch mit dem Namen des „Samariterdienstes“ belegt wird, während für gewöhnlich als „Rettungswesen“ der organisirte, von Aerzten bewirkte Hülfsdienst bezeichnet wird.

Während die Einführung des Samariterthums in Deutschland, wie wir gesehen, den Anstoss zur Errichtung und Organisation von neuen Vorkehrungen auf dem Gebiete der ersten Hülfe gab, war beinahe gleichzeitig (einige Monate früher) noch ein anderes Vorkommniss für die Förderung des gesammten Rettungswesens entscheidend, der Brand des Wiener Ringtheaters am 8. December 1881, welcher die Veranlassung zu der einen Tag später erfolgenden Begründung der Wiener Freiwilligen

Rettungsgesellschaft wurde. Wie grosse elementare oder andere Ereignisse Umwälzungen oder Neueinrichtungen auf verschiedenen Gebieten zur Folge haben, besonders wenn sich dabei die Unzulänglichkeit bestehender Einrichtungen zeigt, so schreibt sich seit jener Zeit eine neue Phase für das Rettungswesen her, indem sich bei diesem gewaltigen Unglück deutlich erwies, dass die in Wien vorhandenen Vorkehrungen nicht annähernd ausreichten, um für eine grosse Zahl von Verunglückten eine zweckmässige Versorgung zu bieten. Die Einrichtungen der Gesellschaft wirkten in der Folge nicht nur in Oesterreich-Ungarn, wo in zahlreichen Städten in der Folge ähnliche Vorkehrungen geschaffen wurden, sondern auch im Auslande vorbildlich, da durch jene Katastrophe nahegelegt wurde, auch an anderen Orten Vorsorgen zu treffen, um für ähnliche Fälle wenigstens einigermaassen gerüstet zu sein.

Bei den oben dargelegten Einrichtungen der 1803 in Wien begründeten Rettungsanstalten zeigt sich zum ersten Mal eine Verbindung von behördlichen Maassnahmen und materieller Unterstützung von Privatwohlthätern. Denn die ersten organisirten Vorkehrungen, welche wir anfangs betrachtet, waren solche behördlicher Natur, mit Ausnahme der Royal Humane Society, welche als eine durch Privatwohlthätigkeit allein erhaltene Gesellschaft anzusehen ist.

Aus der Begründungsgeschichte der Wiener Freiwilligen Rettungsgesellschaft, welche nicht allgemein bekannt, aber gerade in jetziger Zeit besonders interessant sein dürfte, wo eine Regelung des Rettungswesens in den Städten Deutschlands bevorsteht, ist zu ersehen, dass der Schwerpunkt der gesammten Thätigkeit der Gesellschaft auf die Mitwirkung der Aerzte gelegt wurde. Dies ergiebt sich unter Anderem aus Mittheilungen in den Monatsblättern der Gesellschaft, in deren erstem längst vergriffenen Jahrgang folgender Aufsatz sich befindet, welcher am deutlichsten zeigt, dass die Gesellschaft vor allen Dingen im Einvernehmen mit der Wiener Aerzteschaft vorzugehen trachtete:

Die Versammlung und Besprechung mit den P. T. praktischen Herren Aerzten von Wien.

Das wichtigste Element, wenn man das Helfen oder Retten, das Lindern von Schmerzen, das Verhüten von grösseren Uebeln, das Beistehen in Qualen aller Art, ja selbst das Erleichtern des Dahinsinkenden und Sterbenden Ernst nimmt ist — der Arzt.

Eine Rettungsgesellschaft oder ein Hülfsverein ohne Aerzte und Sanitäts-Mannschaften bleibt auch, wenn dieselbe übermächtig financirt und mit dem besten und reichsten Sanitätsmateriale ausgerüstet wäre, eine todtgeborene Institution. Darum war es bei der Errichtung die erste Obsorge unseres Präsidiums und Actions-Comités, die P. T. Herren Aerzte der Stadt Wien bittlich anzugehen und um ihren Eintritt zu unserer Gesellschaft anzusuchen. Schon in der ersten Sitzung des Actions-Comites nach Verlauf von kaum einem Monat nach Constituirung der Gesellschaft haben wir an die Acquisition von Aerzten gedacht.

Wir wiederholen aus dem Protokolle vom 10. Jänner 1882 wörtlich, was darüber vorkömmt:

Der Präsident ertheilt dann dem Herrn Referenten für die ersten Hülfeleistungen, Chefchirurgen der Gesellschaft, Prof. Dr. v. Mosetig, das Wort:

Ich müsste in meinem Referate eigentlich über drei Punkte sprechen: 1. „Ueber die Wahl der Aerzte“, 2. „über die Wahl und die Installation der Rettungsstationen“ und 3. „über das Reglement des ganzen Dienstes“.

Die zwei letzten Punkte kann ich jetzt nicht erörtern, da mir hierzu noch jede positive Basis abgeht, nämlich die Beschlüsse der Enquête mit den Behörden; ich muss mich daher heute beschränken, nur auf den äusserst wichtigen Punkt der Wahl der Aerzte näher einzugehen.

Die mir damit gestellte Aufgabe war keine ganz leichte, indem ich aus der grossen Anzahl der in Wien ansässigen P. T. Herren Aerzte insbesonders jene aussuchen musste, welche sich mehr oder minder mit Chirurgie befassen, und unter diesen wieder alle jene nicht in Betracht ziehen konnte, welche durch anderweitige Berufspflichten oder Aemter so sehr in ihrer Zeit beschränkt sind, dass sie Obliegenheiten, wie sie der Rettungsdieust mit sich bringen muss, unmöglich zu übernehmen im Stande sein könnten. Ich musste daher, wenn auch oftmals mit Bedauern, nicht in Antrag stellen:

a) Alle Herren Polizeibezirksärzte und andere amtliche Sanitätspersonen, d. h. Stadt- und Armenärzte;

b) Alle Spitalärzte.

Von letzteren rechne ich dennoch auf einige der jüngeren Herren Collegen, und hoffe, diese, wenn ihre Dienstzeit im Spitale beendet und sie die Krankenhäuser verlassen haben werden, für unsere Ziele zu gewinnen, falls sie überhaupt in der Haupt- und Residenzstadt Wien verbleiben sollten.

c) Alle in Wien stationirten P. T. Herren Militärärzte durfte ich aus begreiflichen Gründen auch nicht in Vorschlag bringen.

Ich berechnete nun für je 5000 Einwohner Wiens einen Arzt und stellte demnach in den Listen 175 Aerzte auf, welche möglichst auf die verschiedenen Bezirke vertheilt sind. Ganz gleichmässig konnte die Vertheilung auch nicht gemacht werden, weil die verschiedenen Bezirke nicht der Populationsziffer entsprechend mit Aerzten versorgt erscheinen. Ich that aber mein Möglichstes, um in allen Bezirken, und zweckmässig vertheilt, Aerzte für den freiwilligen Rettungsdienst seiner Zeit fixiren zu können.

Von den Listen, welche ich jetzt zusammengestellt habe, dürfte es freilich heissen, sie wären fictiv und die Aerzte stünden da nur am Papier. Vorderhand ist dies auch richtig, doch haben sehr viele Herren Collegen schon ihre Mithülfe mir und dem Herrn Schriftführer zugesagt. Auch zweifle ich keinen Augenblick, dass fast alle genannten Aerzte der Bitte des Präsdiums der Gesellschaft nicht aus dem Wege gehen, sondern gerne diese Gelegenheit ergreifen werden, um ihre so oft erprobte und bestätigte Opferwilligkeit im Dienste der leidenden Menschheit neuerdings kund zu thun.

Die Berechnung von einem Arzte auf 5000 Einwohner erscheint vielleicht eine zu grosse, wenn man aber erwägt, dass der Arzt der freiwilligen Rettungs-Gesellschaft nicht seine ganze Zeit opfern kann und dennoch Tag und Nacht der Dienst der Aerzte, und zwar bei der Feuerwehr, der Wasserwehr und der ersten Hülfeleistung von Fall zu Fall eingeführt werden muss, so dürfte die Zahl von 175 Aezten für die zehn Bezirke Wiens und für ausserordentliche Fälle oder Zeiten nicht allzu hoch gegriffen sein.

Von hohem Interesse ist es sicherlich, aus der ersten Nummer dieser genannten Monatsblätter die Aufgaben der Gesellschaft nach den An-

schauungen der Begründer selbst erkennen zu können. Es heisst daselbst:

Die Aufgabe der Gesellschaft

darf und kann keine andere sein, als, in vollster Erkenntniss der vielseitigen und schwierigen Pflichten des grossen Zukunftwerkes, Alles, was wir für das Gelingen desselben unternahmen, ohne jeden Rückhalt den Förderern und Gönnern desselben öffentlich in Vortrag zu bringen.

Für die Alles- und Besser-Wisser, Zweifler oder Spötter erübrigt uns keine Zeit, und es fehlt uns auch an Laune, mit Männern zu streiten, welche selbst die uneigennützigsten und edelsten Bestrebungen in ihrem Entstehen zu ersticken gewöhnt sind, nur weil sie ihren bösen Zungen oder Federn ein moralisches „Halt!" zu gebieten ausser Stande sind.

Die Ungeduldigen ersuchen wir zu bedenken, dass es wohl in keiner anderen Stadt Europas so schwer fallen dürfte, eine neue menschenfreundliche Anstalt zu schaffen, als bei uns in Wien; die nöthigen Geldmittel hiefür zu sammeln und eine genügende Anzahl von Menschen zu finden, welche sich freiwillig ausdauernd der thätigen Mithilfe widmen und dafür einüben wollen, ist schon an sich eine riesenhafte Aufgabe.

Wenn man aber den Grundstein zu einem Werke solcher Art zu legen den Muth hat, so ist man auch in jeder Beziehung verpflichtet, um die wärmsten Sympathien der ganzen Bevölkerung zu bitten. Niemand erscheint uns daher ein grösserer Gegner des Werkes, als die Gleichgiltigen, und auch Jene, welche unsere guten Absichten verkennen.

Unsere freiwillige Gesellschaft hat sich die Aufgabe gestellt, ferne jeder Selbstsucht, den schweren täglichen Kampf zu wagen gegen die Elemente und das Unglück, deren Wucht wir erst jüngst furchtbar empfunden haben.

In grossen und kleinen Gefahren und bei Unglücksfällen sollen unsere künftigen Mitglieder zu jeder Stunde des Tages und der Nacht bereit sich finden zum Helfen und Retten.

Wenn eine kleine Schaar tapferer Männer für die ganze Bevölkerung einer grossen Stadt den Rettung bringenden Wachposten freiwillig antreten will, so gebührt ihr unzweifelhaft die Achtung und Unterstützung Aller.

Zu welcher Stunde wir einer solchen Hülfe bedürftig sein werden, ist uns unbekannt, gerade wie diese Minute ungeahnt war von jenen jetzt schon verwesten Opfern der fürchterlichen Decembernacht.

Bewacht und bewaffnet wollen wir von nun an stets solchen oder ähnlichen Ereignissen entgegentreten, und dies wird unsere Aufgabe sein!

Wien, im Jänner 1882.

Aus den ersten Satzungen der Gesellschaft sind folgende Abschnitte besonders hervorzuheben:

I. Abschnitt: Zweck der Gesellschaft.

§ 1. Um die schon bestehenden, ob von Seiten der k. k. Regiernng, der Commune oder von Privaten organisirten Hülfeleistungen bei Feuergefahr und Wassergefahr Unglücksfällen aller Art (in den Gassen und Strassen, Fabriken, öffentlichen Gebäuden, Belustigungsorten und auf Eisenbahnen) durch einen permanenten freiwilligen Dienst bei Tag und bei Nacht zu unterstützen und zu ergänzen, hat sich in Wien eine freiwillige Rettungsgesellschaft gebildet.

II. Abschnitt: Mittel zur Erreichung dieses Zweckes.

§ 2. Zur Erreichung ihrer Ziele wird angestrebt:

a) Die Errichtung einer freiwilligen Feuerwehr und die Armirung, sowie Ausrüstung derselben mit dem nöthigen Feuerlöschparke und den besten modernen Rettungsapparaten jeder Art, sowie durch die Einrichtug eigener Feuerwachstuben in verschidenen Vierteln der Stadt und der Vorstädte mit einem permanenten Tag- und Nachtdienste.

b) die Errichtung einer freiwilligen Wasserwehr, an den Ufern und an den Brücken der Donau, sowie ihren Canälen (bis auf Weiteres nur von Nussdorf an zu den Kaisermühlen) mit eigenen Wächterhäusern und Rettungsbooten, sowie einem permanenten ärztlichen Dienste bei Tag und bei Nacht.

c) Die Errichtung eigener Rettungsstationen in den verschiedenen Stadt- und Vorstadtbezirken, zum Zwecke der ersten Hülfeleistungen bei Unglücksfällen aller Art, auf den Gassen und Strassen, in Fabriken, öffentlichen Gebäuden, Belustigungsorten, bei Festzügen und auf Eisenbahnen etc.

In diesen Rettungsstationen soll von den hierzu eigens bestellten ärztlichen und subalternen Sanitätspersonalen, Trägern u. s. w. ein permanenter Tag- und Nachtdienst ausgeübt werden. Transportwagen und Tragbahren für Kranke und Verwundete, sowie das nöthige Verbandmaterial, Instrumentarien, Arzneien, Labe- und Belebungsmittel werden dort stets bereit sein.

d) Zum Zwecke der Belehrung werden Druckschriften und Verhaltungsmaassregeln bei Feuer- und Wassergefahr, sowie den oben unter c) angegebenen Unglücksfällen in gemeinnütziger und gemeinverständlicher Form von der Gesellschaft unentgeltlich aufgelegt und vertheilt werden. Durch eine eigene von der Gesellschaft herauszugebene periodische Zeitung (Blätter der Rettungs-Gesellschaft in Wien) soll die Bevölkerung von allen Ereignissen und Zufällen, die das Rettungswesen betreffen, unterrichtet werden.

e) Besondere Ausführungs-Vorschriften, Reglements und Instructionen werden sowohl die Stellung der Gesellschaft zu dem amtlichen oder communalen, dann zu dem privaten Rettungsdienste in Wien, als auch die inneren und äusseren Obliegenheiten, dann die Adjustirung und Armirung, die Embleme, das Siegel, die Ehrenabzeichen, die Belohnungen etc. der Mitglieder dieser freiwilligen Gesellschaft festsetzen und regeln. Alle diese Vorschriften bedürfen vor ihrer Ausführung der Zustimmung der competenten Behörden, sowie jener der Commune.

III. Abschnitt: Bildung der Gesellschaft.

§ 3. Die Rettungs-Gesellschaft wird aus den im nachfolgenden § 4 (unter 1, 2, 3, 4 und 6) angegebenen Mitgliedern gebildet, welche sowohl Männer als Frauen sein können. Active Mitglieder (§ 4, Absatz 5) dürfen nur Männer sein.

Ein besonderes Aufnahms-Regulativ ordnet den Eintritt der activen Mitglieder an.

Die Gesellschaft constituirt sich endgiltig, wenn 100 Stifter oder 200 Förderer derselben beigetreten sein werden, oder die gesammten Einzahlungen derselben die Summe von 100,000 Gulden erreicht haben; auch dann, wenn durch die eingezahlten Beiträge der Gönner und anderer (zahlender) Mitglieder ein genügender Betriebsfonds disponibel wird. Bis dahin führt der Ausschuss alle Geschäfte als Actions-Comité der Gesellschaft.

§ 4. Die Gesellschaft besteht aus Stiftern, Förderern, Gönnern, beitragenden Mitgliedern, activen Mitgliedern und Ehrenmitgliedern, des In- und Auslandes. Die letztgenannten sind gleichzeitig correspondirende Mitglieder.

1. Stifter sind Jene, welche wenigstens einen Beitrag von 1000 Gulden ö. W.

auf einmal leisten. Die Namen und das Wappenschild der Stifter werden in allen Rettungsstationen, sowie im Centrale der Gesellschaft auf eigenen, marmornen Tafeln angebracht werden.

2. Förderer sind solche, welche wenigstens 500 Gulden ö. W. auf einmal erlegen. Die Namen und das Wappenschild der Förderer wird auf eigenen eisernen Tafeln im Centrale der Gesellschaft angebracht werden.

3. Gönner sind, die weniger als 500 Gulden ö. W., aber nicht weniger als 50 Gulden auf einmal einzahlen. Die Namen und das Wappenschild der Gönner werden auch im Centrale der Gesellschaft passend angebracht werden.

4. Beitragende (zahlende) Mitglieder sind solche, welche wenigstens alle Jahre, und zwar am Gründungstage der Gesellschaft, d. K. am 9. December, einen Beitrag von 10 Gulden ö. W. entrichten.

5. Active Mitglieder sind solche, welche den activen inneren und äusseren Dienst der „Freiwilligen Rettungs-Gesellschaft" zu verrichten sich verpflichten, und zwar nach den bestehenden Reglements und Vorschriften (§ 2, Lit. e). Dieselben haben sich auf eigene Kosten zu uniformiren und im Dienste zu verpflegen. Sie entrichten aber keinen Beitrag in Geld.

6. Ehrenmitglieder des Inlandes und im Auslande werden gleichzeitig als correspondirende Mitglieder geführt, auf eigenen Gedenktafeln verzeichnet und vom Gesellschaftsvorstande mit zwei Drittel Stimmen ernannt.

### IV. Abschnitt: Sitz der Gesellschaft.

§ 5. Der Sitz der Gesellschaft ist die Residenz- und Reichshauptstadt Wien. Die Gesellschaft wird sich aber bemühen, mit der Zeit, nach Thunlichkeit und Möglichkeit, die Errichtung ähnlicher freiwilliger Rettungs-Gesellschaften (namentlich einer Küstenwehr) in den übrigen Städten der im Reichsrathe vertretenen Länder zu fördern.

### V. Abschnitt: Das Vermögen der Gesellschaft.

§ 6. a) Das baare Vermögen der Gesellschaft wird gebildet aus den im III. Abschnitte, § 4, unter 1, 2, 3 bezeichneten Schenkungen;

b) durch die jährlichen Beiträge der Mitglieder (III. Abschnitt, § 4, Absatz 4);

c) durch sonstige Widmungen und besondere Beiträge, Schenkungen oder Vermächtnisse, endlich durch, mit behördlicher Genehmigung eingeleitete, öffentliche Sammlungen.

Das Vereinsvermögen verwaltet ein eigener Cassirer, welchem auch die Financirung desselben nach besonderen Instructionen des Ausschusses obliegt.

### VI. Abschnitt: Das Materiale der Gesellschaft.

§ 7. Das gesammte Material, das heisst der Feuerlöschpark sammt allen Utensilien und Apparaten, die Rettungsboote, Transportwagen für Kranke und Verwundete, Tragbahren, Instrumentarien, Verbandzeuge und Medicamente etc. etc. werden als Fundus instructus der Gesellschaft durch den Chef des Maschinenwesens, welcher auch den Material-Depots vorsteht, in Evidenz und Ordnung gehalten.

Eine eigene Instruction regelt die Einzelheiten.

### VII. Abschnitt: Die Rechte und Pflichten der Mitglieder.

§ 8. Nebst den im Abschnitte III, § 4, unter 1, 2, 3, 4 angegebenen ehrenden Erinnerungstafeln haben die im selben § 4, unter 1, 2, 3, 4, 5, 6 angegebenen Mitglieder das Recht, nach den im Abschnitt II, Lit. e) erwähnten Reglements bestimmte

Embleme, Abzeichen und Uniformen im Dienste der Gesellschaft oder bei festlichen Anlässen zu tragen. Besondere ehrende Gedenkzeichen für ausgezeichnete Thaten im Rettungsdienste werden ebenfalls den activen Mitgliedern durch ein eigenes Schiedsgericht der Gesellschaft zugesprochen werden. Die näheren Bestimmungen hierüber werden die Reglements enthalten.

Der freie Eintritt zu allen Rettungsstationen, sowie dem Centrale der Gesellschaft ist unter Vorweisung der Legitimationskarten den im Abschnitte III, unter 1, 2, 3, 4, 5, 6 bezeichneten Mitgliedern bei Tag und Nacht gestattet, auch dürfen dieselben (1, 2, 3, 4, 6) den Schulen und Uebungen der activen Mitglieder, unter Berücksichtigung des Raumes und Vermeidung jeder Störung, beiwohnen.

§ 9. Ein Mitglied wird seiner Rechte verlustig:

a) durch freiwilligen Austritt;

b) durch Nichteinzahlung des jährlichen Beitrages nach zweimal erfolgter Mahnung und Abweisung der Zahlung durch eine Postanweisung;

c) durch Nichtbeachtung der Reglements und Vorschriften oder durch das Urtheil des Schiedsgerichts.

§ 10. Die Pflichten der Mitglieder (namentlich der activen) ergeben sich im Allgemeinen und Besonderen aus den Reglements für die verschiedenen Diensteszweige.

VIII. Abschnitt: Die Generalversammlung.

§ 11 bis § 16.

IX. Abschnitt: Besorgung der Geschäfte der Gesellschaft.

§ 17 bis § 22.

X. Abschnitt: Schiedsgericht.

§ 23.

Auflösung der Gesellschaft.

Der Ehren-Präsident: Graf Hans Wilczek m. p.

Der Präsident: Graf Eduard Lamezan m. p.

Man kann aus diesen schon zu jener Zeit aufgestellten Grundsätzen ersehen, dass die Leiter der Gesellschaft beinahe den gleichen Anschauungen huldigten, welche heute von den Sachverständigen auf diesem Gebiet anerkannt wird.

Für die Art und Weise der Hülfsleistung selbst waren damals ähnliche Maassnahmen vorgeschrieben, als sie heute für erforderlich angesehen werden. Ganz ausgezeichnet nach dieser Hinsicht sind die in der Beilage 2 und 3 des Jahrganges 1882 der Monatsblätter veröffentlichten Anleitungen für erste Hülfsleistungen:

Die erste Hülfe bei Unglücksfällen.

Eine Belehrung für Alle, die helfen wollen.

Transport.

Beim Transporte darf der Verunglückte nie an einem Theile gefasst werden, wo das Glied gebrochen ist, sondern nur an gesunden Stellen. Es muss auch sorgfältig vermieden werden, das gebrochene Glied hin und her schwanken zu lassen, es muss daher stets unterstützt werden. In der Regel darf ein durch Beinbrüche Verunglückter nur auf Tragen, und nie allein durch Menschenhände, ohne Tragbehelfe, weiter transportirt werden.

Die Entfernung der Kleidungsstücke erfolgt in solchem Falle stets mittelst der Scheere, desgleichen das Abziehen der Schuhe oder Stiefel.

Wenn durch die Untersuchung mehrere Brüche vorgefunden werden, so muss bei dem eben angedeuteten Fixiren der Bruchtheile durch improvisirte Schienen **jeder Bruchtheil** auf gleiche Weise gesichert, d. h. verbunden werden.

Beinbrüche sind häufig mit Zerreissungen, Quetschungen, Blutungen etc. der Fleischtheile verbunden.

Namentlich ist dies der Fall, wenn Menschen während der Arbeit ihre Körpertheile mit grossen Maschinen in unvorsichtige Berührung gebracht haben und von denselben erfasst worden sind.

In allen solchen Fällen ist speciell Alles zu berücksichtigen, was schon bei den Wunden und Blutungen erwähnt wurde.

Wien im März 1882. I. M.

Hier ist ausgesprochen, dass die Beförderung der Verletzten und Verunglückten die Hauptsache eines Rettungsdienstes bildet und daher an erster Stelle für die Unterweisung in der ersten Hülfe in Frage kommt.

Es ist bereits zu Beginn des Aufsatzes „Krankentransportwesen" die Bedeutung der Beförderung der Kranken für das Allgemeinwohl vom Standpunkte der öffentlichen Gesundheitspflege dargelegt worden. Für das Rettungswesen hat der Krankentransport ganz besonders grosse Wichtigkeit, als hier die Person des Kranken mehr in den Vordergrund tritt, als beim Transport von ansteckenden Kranken, ja vielleicht allein das Maassgebende für die Beförderung bildet, während im anderen Falle neben der Person des Kranken noch seine Umgebung und deren Schutz vor der Erkrankung zu berücksichtigen ist. Gleichzeitig ist das Rettungswesen ein besonderer Zweig der öffentlichen Krankenversorgung, sodass durch Schaffung von Einrichtungen für den Rettungsdienst gleichfalls für die Allgemeinheit gesorgt wird.

Die Sorge für die Person des Kranken ist heute eine besondere Aufgabe der Krankenpflege geworden, welche erst seit kurzer Zeit besonders durch die Bemühungen von v. Leyden genügend gewürdigt worden ist. Aus diesem Grunde ist als ein besonderer Vorzug der Wiener Einrichtungen und der betreffenden Vorkehrungen in ganz Oesterreich-Ungarn hervorzuheben, dass dort von Anfang an das Hauptgewicht für die Maassnahmen für die erste Hülfe auf sachgemässe Einrichtung eines Krankentransportwesens gelegt wurde. Die Leistung der ersten Hülfe soll stets darin bestehen und weiterhin sich darauf beschränken, verunglückte oder plötzlich erkrankte Personen, welche sich im Augenblick der eintretenden Gesundheitsstörung an einem Orte befinden, wo eine Weiterbehandlung unmöglich ist, in einen Zustand zu versetzen, dass sie ohne Gefahr für ihr Befinden dahin gebracht werden oder sich selbst begeben können, wo ihre weitere Versorgung statthaben kann. Können sie dagegen an dem Orte ihrer Erkrankung oder Verunglückung verbleiben, so sind sie so zu versorgen, dass sie die Ankunft weiterer Hülfe abwarten können.

Einige Beispiele sollen dieses Verhältniss näher erläutern. Verunglückt ein Arbeiter in einer Arbeit, oder wird Jemand auf der Strasse

überfahren oder von einem Blutsturz befallen, so ist er schnell so zu verbinden oder zu lagern, dass er ohne Gefahr dahin gebracht werden kann, wo seine endgültige oder weitere Behandlung erfolgen kann. Hat die Verletzung im ersteren Falle Gliedmaassen des Oberkörpers betroffen, so kann sich der Verletzte meistens ohne Weiteres nach dem Nothverbande fortbegeben, falls nicht die mit der Verletzung häufig vergesellschaftete Erschütterung des Gesammtorganismus, welche als Shok in Erscheinung tritt, noch eine besondere Art der Beförderung im Krankenwagen erheischt. Sind dagegen erhebliche Verletzungen an Theilen des Unterkörpers, welche an sich schon eine Fortbewegung beeinträchtigen, so muss für die Beförderung in entsprechender Weise gesorgt werden. Ausserdem sind hierfür noch andere individuelle Verhältnisse maassgebend, da auch Verletzungen im Bereiche des Oberkörpers, der Brust oder des Rückens oft den Verunglückten verhindern können, sich selbst weiter zu begeben. Für alle diese Fälle ist Sorge zu tragen, dass der Verunglückte ohne Schaden für seine Gesundheit oder für den betreffenden verletzten Körpertheil weiterkommt. Welche Schädigungen ihm unterwegs drohen können, ist im vorigen Aufsatze dargelegt worden. Hat die Erkrankung oder Verletzung in der Behausung des Patienten stattgefunden, so hat nur vorläufige Behandlung so weit stattzufinden, dass der Kranke oder Verletzte weitere ärztliche Hülfe abwarten kann, falls nicht Ueberführung in ein Krankenhaus nothwendig erscheint. Handelt es sich z. B. um eine stärkere Blutung an den oberen Gliedmaassen, so ist bei der Nothhülfe für die Stillung dieser zu sorgen, bevor der Patient fortgebracht wird. Wenn er auch sich selbst fortbewegen kann, so wäre er doch ohne diese vorherige Hülfe nicht im Stande gewesen, sich zu entfernen, da unterwegs eine stärkere Blutung eintreten könnte. So wird auch in diesem Falle der Patient durch die geleistete Hülfe transportfähig gemacht.

Es hat also in sehr vielen Fällen von erster Hülfe der Transport eine sehr erhebliche Bedeutung, da die Verunglückungen der ersten Gruppe die bei weitem grössere Zahl von Gelegenheiten zur Nachsuchung der Hülfe bieten. Die Erschütterungen auf einem Transport können bei den verschiedenen im vorigen Aufsatze genannten Zuständen, zu welchen noch zahlreiche andere gezählt werden müssen, besondere Verschlimmerungen hervorrufen. Aus diesem Grunde ist auch nicht immer nur die Bedeutung des ersten Verbandes für die erste Hülfe zu betonen, wie dies in letzter Zeit geschehen ist. Die ersten Berichte der Berliner Unfallstationen begannen mit den Worten: „Der erste Verband entscheidet das Schicksal des Verletzten,“ welche v. Volkmann einmal geäussert hätte. Nun hat aber v. Volkmann an betreffender Stelle den Ausdruck gebraucht: „Der erste Verband entscheidet das Schicksal des Kranken und bestimmt den Gang des Wundverlaufes.“ v. Volkmann spricht an der betreffenden Stelle über die Behandlung der complicirten Knochenbrüche und meint natürlich, dass in diesen Fällen der erste endgültige Verband so anzulegen ist, dass er weitgehendsten Anforderungen der modernen Wundbehandlung entspricht. Wohl sicher hat aber der grosse

Chirurg diesen Satz nicht für die vorläufigen Verbände angewendet wissen wollen — obwohl auch diese natürlich nach allen Regeln der Kunst angelegt werden müssen —, um welche es sich bei der ersten Hülfsleistung handelt. Würde der erste vorläufige Verband in diesen Fällen entscheidend sein, so würde sich besonders in den zahlreichen Fällen, wo erste Verbände von nicht sachverständiger Seite angelegt werden, ein viel ungünstigeres Ergebniss zeigen, als es der Fall ist. Es ist der erste Verband, wie auch v. Bergmann in seinem Cursus im Aerzteverein der Berliner Rettungsgesellschaft auseinandersetzte, in möglichst einfacher Weise anzulegen, unter möglichster Beschränkung eingreifender Verfahren, indem die Wunde nur eben bedeckt wird, alle unnöthigen Handleistungen dabei unterbleiben, keine unnöthigen Abspülungen mit reizenden Desinficientien vorgenommen werden, durch welche möglicherweise mit Blutgerinnsel eben verstopfte Blutgefässe wieder eröffnet werden können, kurz so, dass in keiner Weise geschadet wird. Von diesem Standpunkte aus hat der erste vorläufige Verband, welcher gewöhnlich nach kurzer Zeit wieder entfernt wird, Wichtigkeit, welche darin gipfelt, möglichst wenig zu thun, während beim ersten endgültigen Verband alle Maassnahmen ins Auge zu fassen sind, welche ein möglichst langes Liegenbleiben des Verbandes gestatten. Aus diesem Grunde ist auch in den meisten Rettungsvereinigungen der Grundsatz festgelegt, die erste Hülfe auf die vorläufigen Verbände zu beschränken und alles Uebrige der Weiterbehandlung im Krankenhause oder in der eigenen Behausung des Patienten zu überlassen.

Wird dieser Grundsatz nicht befolgt, so kann es geschehen, dass ein Verletzter, wie dies in Berlin besonders vor einigen Jahren vorkam, an einem Tage mit mehreren Verbänden versehen wird. Dies kann sich ereignen, wenn z. B. sogleich an der ersten Verbandstelle Nähte angelegt werden, welche an demselben Tage wegen Nachblutung wieder entfernt werden müssen, um blutende Gefässe zu unterbinden. Ist dann sogar der erste Verband in Narkose angelegt worden, so kann zur Unterbindung nochmalige Narkose erforderlich werden. Solche Maassnahmen schädigen sowohl den Patienten an sich, als auch noch durch die Gefahr, dass bei jedem Verbandwechsel eine Infection der Wunde erfolgen kann.

Ferner erwachsen dem Patienten bezw. der Körperschaft, welcher er als Mitglied angehört, unnöthige Kosten, so dass die genannten Gründe darauf hinweisen, beim ersten vorläufigen Verbande nur die nothwendigsten Maassnahmen anzuwenden.

Schon hier zeigt sich, dass die Berliner Rettungsgesellschaft bei ihrer Organisation einen richtigen Weg beschritten hat, für die Einrichtung der ersten Hülfe die Hospitäler heranzuziehen, wodurch häufigere Verbände eines Kranken vermieden werden. Denn wenn der Kranke vorher in einer Zwischenstation erst einen grossen complicirten Verband erhalten, welcher bald darauf wieder im Krankenhause, in welchem er weiter behandelt werden soll, schon aus dem Grunde entfernt werden muss, weil der Stationsarzt sehen muss, um welche Verletzung es sich

im vorliegenden Falle handelt, so sind die genannten Möglichkeiten zur Schädigung des Kranken vorhanden. Je kleiner und anspruchsloser der Nothverband ist, um so besser wird es für den Kranken sein, da, wenn er in einem Spitale sofort wieder abgenommen werden muss, dies um so leichter und schonender bei einem kleinen Verbande geschehen kann.

Da wir also nur den ersten Verband benutzen sollen, um dem Patienten die Möglichkeit zu gewähren, sich weiter zu begeben, also in vielen Fällen ihn für die Weiterbeförderung geeignet zu machen, so ist dem Transport in der ersten Hülfe mindestens die gleiche Wichtigkeit zuzuweisen wie dem ersten Verbande. Ich habe daher bereits 1895 in meiner Arbeit „Rettungswesen“ in der Real-Encyklopädie der gesammten Heilkunde (Eulenburg) vorgeschlagen, den oben angeführten Satz umzugestalten in „der erste Verband und erste Transport entscheiden das Schicksal des Verletzten“. Welche Wichtigkeit dem Krankentransportwesen in Oesterreich beigelegt wird, war bereits mehrfach erwähnt. Es hat z. B. der österreichische Militärarzt Habart für die erste Hülfe auf dem Schlachtfelde, mit welcher ja die auf dem Schlachtfelde des täglichen Lebens sich vollziehenden Unfälle in vielen Stücken vergleichbar sind, den Satz aufgestellt. „Ich halte dafür, dass heutzutage nicht der erste Verband, sondern der erste Transport über das Schicksal des Verwundeten entscheidet“. Mein Schlussatz bildet eine Verbindung der beiden erwähnten Ansichten.

Es schliesst sich an diese Erörterungen die Frage nach der Ausdehnung der ersten Hülfeleistung überhaupt an, deren Beantwortung sich aus den vorstehenden Darlegungen ohne Weiteres ergiebt, welche aber für die noch zu schildernde Einrichtung des Rettungswesens von Wichtigkeit ist. Die Samariter haben möglichst ihre Thätigkeit auf die Sorge für schleunige ärztliche Hilfe bei dem Patienten zu beschränken, sei es, dass der Arzt zum Kranken geholt werden muss, wenn es die vorhandenen Umstände erheischen, oder dass der Verunglückte zum Arzt geschafft werden kann. Im Uebrigen verfahren sie, wie oben dargelegt. Die ärztliche erste Hülfe hat, sei es, dass vorher eine Versorgung durch einen Samariter stattgefunden oder nicht, darauf zu beschränken, bei Verletzten vorläufige Verbände anzulegen oder bei plötzlich Erkrankten vorläufige Maassnahmen zur Lebensrettung oder Erleichterung des Zustandes anzuordnen. Alle übrigen Maassnahmen sind zu unterlassen, was aus den genannten Gründen sowohl im Interesse des Patienten liegt, welches in erster Linie Berücksichtigung erheischt, als auch im Interesse derjenigen gelegen ist, welche für die Leistung der ersten Hülfe materiell aufzukommen haben. Aus diesen eben und oben genannten Gründen stellt die Leistung der ersten Hülfe ein besonderes Gebiet der Heilkunde dar, deren Vertreter ein berechtigtes Interesse an der Organisation derselben haben. Es müssen daher alle Bestrebungen unterstützt werden, welche dahin zielen, bei dem Rettungswesen in gleicher Weise alle Vortheile für den Patienten ohne Schädigung der Aerzte zu berücksichtigen.

Dass das Interesse der Verletzten nur gewahrt wird, wenn Aerzte an der Spitze des Rettungswesens stehen und dasselbe leiten, bedarf keiner weiteren Auseinandersetzung, nachdem wir dargelegt, dass ja das Retten der Beruf der Aerzte sei, und dass es daher nur selbstverständlich ist, dass diejenigen, welche ihren Beruf hier im öffentlichen Interesse ausüben, auch die Vorbereitungen und Massnahmen für einen solchen Dienst in die Wege leiten. Die Aerzte bilden daher in den Städten und auf dem Lande einen Hauptfactor für die Einrichtung des Rettungsdienstes, wie dies noch weiter bei der speciellen Organisation des Rettungswesens zu erörtern sein wird. Die erste Hülfe ist der Beginn der Krankenbehandlung, diese wiederum ist einzig und allein Aufgabe der Aerzte. Daher ist es nothwendig, dass sie an der Spitze des Samariterwesens stehen und gleichfalls beim ärztlichen Rettungswesen die Leitung aller technischen Geschäfte und des Ganzen besorgen. Nur dann ist ein zum Wohle der Allgemeinheit functionirendes Rettungswesen, wie wir noch sehen werden, darzustellen.

In neuerer Zeit ist man nicht immer diesem Grundsatze treu geblieben, indem man in einzelnen Orten Laien an die Spitze des ärztlichen Rettungsdienstes stellte. Es soll keineswegs bestritten werden, dass das Laienelement bei der Einrichtung der betreffenden Vorkehrungen, besonders für die Leitung der rein geschäftlichen und Verwaltungsangelegenheiten hauptsächlich zu wirken berufen ist. Aber es darf niemals vergessen werden, dass überall, wo ärztliche und medicinische Verhältnisse berührt werden, der Arzt allein zu bestimmen und anzuordnen hat. Es zeigt sich hier sonst ungefähr dasselbe, wie bei der Verwaltung der Krankenhäuser, deren Darlegung an anderer Stelle des Handbuches erfolgte. In beiden Fällen handelt es sich um Ausübung einer humanitären Thätigkeit, in beiden Fällen erfolgt die Leistung der Thätigkeit durch Aerzte in besonderen Räumen, welche mit besonderen Geräthschaften ausgestattet sind.

Nur wird beim Rettungsdienst die ärztliche Thätigkeit ein Mal zu Beginn der Gesundheitsstörung einsetzen (erst- und einmalige Hülfe), während bei der Krankenhausbehandlung eine längere Zeit dauernde Beschäftigung des Arztes mit dem Patienten erfolgt (Krankenbehandlung).

Diejenigen Körperschaften, welche in letzter Zeit sich nun in besonderer Weise mit dem Rettungswesen und dessen Einrichtung beschäftigt und dabei gerade das Laienelement in den Vordergrund gestellt haben, sind die Berufsgenossenschaften, welche besonderes Interesse an zweckmässigen Einrichtungen für erste Hülfe für die in Betrieben Verunglückten, die Unfallverletzten, haben. Bei günstigen Heilungen der von Betriebsunfällen Heimgesuchten haben die Berufsgenossenschaften Ersparnisse.

Ein Theil der Berufsgenossenschaften bezw. von Sectionen derselben, hat nun, wie das im betreffenden Theile des Handbuches von Thiem geschildert ist, vom § 76c der Krankencassen-Gesetznovelle Gebrauch gemacht, nach welchem sie berechtigt sind, jederzeit „das Heilverfahren auf ihre Kosten zu übernehmen“. Sie übernehmen das Heilverfahren

sogleich nach dem Unfalle, um durch eine möglichst „intensive“ Behandlung die Unfallverletzten schnellstens wieder in den Besitz ihrer Erwerbsfähigkeit zu versetzen. So haben die Berufsgenossenschaften in Deutschland einige eigene Krankenhäuser und Unfallstationen errichtet, in welch' letzteren eine ambulatorische Behandlung der berufsgenossenschaftlichen Unfallverletzten neben der Leistung der ersten Hülfe für Jedermann vorgenommen wird. Solche Stationen entstanden in Berlin und in Breslau, und da durch die Behandlung Unfallverletzter in den Unfallstationen Rentenersparnisse bewirkt worden sein sollten, so wurde die Errichtung solcher Stationen nach gleichen Grundsätzen wie in Berlin für andere Städte empfohlen.

Vielfach sind besonders von ärztlicher Seite, wie noch später auseinander gesetzt werden wird, die guten Ergebnisse, welche durch das Heilverfahren der Unfallstationen erzielt worden sein sollten, angezweifelt worden. Einen Beitrag hierzu liefern die in No. 1 des Jahrgangs 1901 der „Berufsgenossenschaft“ von der Section VI der Brauerei- und Mälzerei-Berufsgenossenschaft selbst veröffentlichten Zahlen, durch welche wiederum der Beweis für dieses gute Heilresultat geführt werden sollte. (Siehe Tabelle S. 606 u. 607.)

Da 1892 auf 1000 Arbeiter 17,63 und 1900 nur 8,66 pCt. entschädigungspflichtiger Unfälle bei der Section entfielen, so wird gemeint, dass diese Resultate „die Section dem intensiven Heilverfahren in den ersten 13 Wochen und der unausgesetzten ärztlichen Controle der verletzten Personen, sowie dem Wirken der Berliner Unfallstationen, in welchen nicht nur die Berliner Unfallverletzten, sondern auch eine grosse Zahl der ausserhalb Berlins Verunglückten Aufnahme fanden“, verdankt.

Es zeigt sich bei Betrachtung der Tabelle ohne Weiteres, dass nicht allein in Berlin, sondern auch in den Provinzen die Zahl der entschädigten Unfälle auf 1000 Arbeiter abgenommen hat, also auch da, wo keine Unfallstationen vorhanden sind. Ferner sind die Zahlen bereits vor der 1894 in Berlin erfolgten Begründung der Unfallstationen zurückgegangen, und zwar betrugen sie für

| 1892: | 1893: | 1894: | 1895: |
|---|---|---|---|
| 22,08 | 17,53 | 12,02 | 7,62 |

entschädigte Unfälle.

Während, wie Mugdan sehr richtig hervorgehoben, von 1895—1900 in Berlin die Zahl der entschädigungspflichtigen Unfälle nur von 7,62 auf 7,33 zurückging, beträgt diese Differenz in der Provinz von 13,71 bis 9,11. Mugdan schliesst, „dass das von der Section VI der Brauerei- und Mälzerei-Berufsgenossenschaft geübte Verfahren, in jedem Falle das Heilverfahren vor Beginn der 14. Woche nach Eintritt des Unfalls ab zu übernehmen, keinen grossen financiellen Vortheil bringt“. In ganz ähnlicher Weise verhalten sich die Zahlen in der letzten Spalte der Zahlentafel, die die Zahl der entschädigungspflichtigen Unfälle von 1000 gemeldeten angiebt. Während in Berlin die Zahl dieser von 1891 an

| Jahr | Zahl der Arbeiter | | | Zahl der gemeldeten Unfälle | | | Zahl der entschädigten Unfälle | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | In Berlin | In den Provinzen | Insgesammt | In Berlin | In den Provinzen | Insgesammt | In Berlin | In den Provinzen | Insgesammt |
| 1891 | 4281 | 14 296 | 18 557 | 510 | 1111 | 1621 | 90 | 222 | 312 |
| 1892 | 4483 | 14 629 | 19 112 | 660 | 1151 | 1811 | 99 | 238 | 337 |
| 1893 | 4905 | 14 639 | 19 544 | 886 | 1452 | 2338 | 86 | 254 | 340 |
| 1894 | 5076 | 14 774 | 19 850 | 1043 | 1529 | 2572 | 61 | 188 | 249 |
| 1895 | 5250 | 14 950 | 20 200 | 1182 | 1795 | 2977 | 40 | 205 | 245 |
| 1896 | 6600 | 16 100 | 22 700 | 1450 | 1857 | 3307 | 49 | 177 | 226 |
| 1897 | 6750 | 18 200 | 24 950 | 1673 | 1983 | 3656 | 42 | 206 | 248 |
| 1898 | 6920 | 19 580 | 26 500 | 1974 | 1935 | 3909 | 48 | 189 | 237 |
| 1899 | 7250 | 21 850 | 29 100 | 2275 | 2161 | 4436 | 47 | 212 | 259 |
| 1900 | 7500 | 22 400 | 29 900 | 2501 | 2235 | 4736 | 55 | 204 | 259 |

eine für die einzelnen Jahre — vor Errichtung der Unfallstationen — ganz erhebliche Abnahme aufweist, die von

1891 zu 92 um 26‰
1892 zu 93 um 53‰
1893 zu 94 um 39‰

fällt, zeigt sich von da an in den folgenden 6 Jahren — nach Errichtung der Unfallstationen — von 1895—1900 eine Abnahme von nur 27‰, ja von 1895 an beträgt die Abnahme bis 1900 sogar nur 12‰. In den Provinzen, wo also keine Unfallstationen vorhanden, betragen diese Zahlen für die gleichen 6 Jahre 31‰ und von 1895 an 23‰. Sehr auffallend ist hier das Verhalten der Gesammtzahl. Während von 1892 zu 93 eine Abnahme der entschädigungspflichtigen Unfälle von 41‰, von 1893 zu 94 von 49‰ besteht, ist die Zahl für 1894 zu 95 nur 6‰ (!) und fällt überhaupt von 1894 bis 1900, also in 6 Jahren (d. h. während des Bestehens der Unfallstationen), um 42‰, also so viel, wie bereits vor Errichtung der Stationen der Unterschied in einem Jahre betrug.

Es ist also mit dieser aus dem eignen Lager der Unfallstationen ausgegebenen Statistik keineswegs in Bezug auf das Sinken der Zahl der entschädigungspflichtigen Unfälle das bewiesen, was die Anhänger der Unfallstationen beweisen wollen. Ferner hat Mugdan dargelegt, dass vorläufig financielle Vortheile durch die Behandlung der Unfallverletzten in den Stationen für die Berufsgenossenschaften nicht entstehen können.

Der grosse Segen, welchen die Berufsgenossenschaften für die Arbeiter schaffen, liegt zu einem bedeutenden Theil auf dem Felde der Unfallverhütung. Die Anbringung besonderer Schutzvorrichtungen und Erlass von Vorschriften für deren Benutzung, ferner die Bereitstellung von Verband-

| Auf 1000 Arbeiter kommen entschädigte Unfälle | | | Auf 1000 Arbeiter kommen gemeldete Arbeiter | | | Auf 1000 gemeldete kommen entschädigungspflichtige Unfälle | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| In Berlin | In den Provinzen | Insgesammt | In Berlin | In den Provinzen | Insgesammt | In Berlin | In den Provinzen | Insgesammt |
| 21,02 | 15,53 | **16,79** | 119,13 | 77,71 | 87,53 | 176,47 | 199,82 | 192,47 |
| 22,08 | 16,27 | **17,63** | 147,22 | 78,68 | 94,76 | 150,00 | 206,60 | 186,01 |
| 17,53 | 17,35 | **17,40** | 180,63 | 99,19 | 119,63 | 97,08 | 174,93 | 145,42 |
| 12,02 | 12,73 | **12,54** | 205,48 | 103,49 | 129,57 | 58,48 | 122,96 | 96,81 |
| 7,62 | 13,71 | **12,13** | 225,14 | 120,07 | 147,38 | 33,84 | 114,21 | 82,29 |
| 7,42 | 10,99 | **9,96** | 219,70 | 115,34 | 145,68 | 33,79 | 95,42 | 68,34 |
| 6,22 | 11,32 | **9,94** | 247,85 | 109,56 | 148,25 | 25,10 | 103,88 | 67,83 |
| 6,94 | 9,60 | **8,94** | 285,26 | 98,83 | 147,51 | 24,32 | 97,67 | 60,63 |
| 6,48 | 9,70 | **8,90** | 313,79 | 99,13 | 152,44 | 20,66 | 98,10 | 56,13 |
| 7,33 | 9,11 | **8,66** | 333,34 | 99,78 | 158,39 | 21,99 | 91,28 | 54,69 |

mitteln für die erste Hülfe in den Betrieben, die Ausbildung von Angehörigen dieser, um bis zur Ankunft eines Arztes rathend und helfend eintreten zu können, also Vorsorgen, die Wirkung der Unfälle möglichst bald nach deren Eintritt zu verringern, sind in hervorragender Weise von den Berufsgenossenschaften geleistet worden. Dieser Theil ihrer Wirksamkeit zusammen mit den grossen Fortschritten der medicinischen Wissenschaft — besonders auf dem Gebiete der neu entstandenen Unfallheilkunde mit ihrem gesammten Rüstzeug auch in Bezug auf die Nachbehandlung — hat grossen und entscheidenden Einfluss auf das Wohlergehen der Arbeiter und ihre Versorgung bei Unfällen gehabt. Und diese Ergebnisse kommen in der obigen Tabelle viel mehr zum Ausdruck als der Erfolg der Uebernahme des Heilverfahrens durch die Berufsgenossenschaften in den Unfallstationen in den ersten 13 Wochen. Hoffentlich ist der Zeitpunkt nicht fern, wo in diesen und anderen Punkten, in welchen die Meinungen der beiderseits leitenden Kreise noch etwas auseinander gehen, eine Einigung zum Wohle aller Betheiligten erzielt wird.

Der Werth der von den Berufsgenossenschaften zu ergreifenden Maassnahmen für die Unfallverhütung in dem erweiterten Sinne, die Folgen der Unfälle möglichst zu vermindern, wurde bereits früh vom Reichsversicherungsamt anerkannt, wie sich aus einem „Rundschreiben an die Vorstände sämmtlicher vom Reichsversicherungsamte ressortirenden Berufsgenossenschaften vom 8. December 1889, betreffend die Aufnahme von Bestimmungen über die erste Hülfsleistung bei Unfällen in den Unfallversicherungsvorschriften", ergiebt:

Die im Reichsversicherungsamte bearbeitete, ihrem Abschlusse entgegengehende Statistik der Unfälle, für welche im Jahre 1887 von den Berufsgenossenschaften Entschädigungen festgestellt worden sind (vergl. Amtliche Nachrichten des R. V. A.,

1887, S. 154 ff.), lässt nach dem Inhalte der Zählkarten erkennen, dass die Folgen zahlreicher Unfälle wesentlich hätten abgeschwächt werden können, wenn die zur ersten Hülfeleistung vor Ankunft des Arztes erforderlichen Verbandmittel etc. zur Hand gewesen und angewendet worden wären. Eine auffallend grosse Zahl erreichen namentlich solche Unfälle, bei denen anfänglich geringfügige Verletzungen (leichte Fingerbeschädigungen durch Splitter, unbedeutende Verbrennungen und Aetzungen der Haut u. A.), deren Nachtheile bei schnellem Eingreifen sich wahrscheinlich hätten abwenden lassen, im weiteren Verlaufe einen schweren, oft sogar tödtlichen Ausgang genommen haben.

Das Reichsversicherungsamt glaubt ein Mittel, welches einigermaassen dazu beitragen kann, jenen Uebelständen zu begegnen, darin erblicken zu sollen, dass in die von den Berufsgenossenschaften erlassenen, beziehungsweise noch zu erlassenden Unfallverhütungsvorschriften unter Berücksichtigung der Ausdehnung und Gefährlichkeit der Betriebe Bestimmungen über die erste Hülfeleistung bei Unfällen aufgenommen werden.

Wenn in der vorbezeichneten Richtung von der Mehrzahl der Berufsgenossenschaften Schritte bisher nicht gethan sind, so dürfte dies auf das Bedenken zurückzuführen sein, dass Bestimmungen über die erste Hülfeleistung bei Unfällen als Unfallverhütungsvorschriften insofern nicht anzusehen seien, als sie nicht dazu dienen, den Eintritt von Unfällen zu verhüten. Eine so enge Auffassung des Begriffes der Unfallverhütung entspricht indessen nicht der Absicht des Gesetzgebers, wie dieselbe in den §§ 78 ff. des Unfallversicherungsgesetzes vom 6. Juli 1884 und den gleichartigen Bestimmungen der übrigen Unfallversicherungsgesetze Ausdruck gefunden hat. Wie die Tragweite eines Unfalles nicht allein durch das schädigende Ereigniss selbst, sondern auch durch Nebenumstände, insbesondere durch Handlungen und Unterlassuugen bedingt ist, welche jenes Ereigniss begleiten oder ihm unmittelbar folgen, so kann auch die berufsgenossenschaftliche Unfallverhütung ihren Zweck nur dann erreichen, wenn sie ausser denjenigen Vorkehrungen, welche dem Eintritt von Unfällen vorzubeugen bestimmt sind, auch die Herstellung von Betriebseinrichtungen in sich schliesst, die jene mit dem Unfall in unmitelbarem Zusammenhange stehenden Verhältnisse so gestalten, dass dadurch die Gefahr der Herbeiführung schwerer Unglücksfolgen möglichst abgewendet wird.

In richtiger Würdigung dieser Gesichtspunkte ist neuerdings auch aus Arbeiterkreisen der Wunsch laut geworden, es möchte von Seiten der Berufsgenossenschaften dafür gesorgt werden, dass in den Betrieben Einrichtungen für die erste Hülfeleistung beständen. Dass es aber an zweckdienlichen Mitteln, welche auch den Laien für die erste Hülfeleistung in die Hand gegeben werden können, heute nicht mehr fehlt und dass die Wichtigkeit einer schon vor Zuziehung des Arztes eintretenden Fürsorge für Verletzte in den weitesten Kreisen Anerkennung findet, hat namentlich die im Jahre 1889 veransaltete deutsche allgemeine Ausstellung für Unfallverhütung zur Anschauung gebracht.

Das Reichsversicherungsamt hat seine oben dargelegte Auffassung bezüglich der Bestimmungen über die erste Hülfeleistung bei Unfällen bereits wiederholt und insbesondere dadurch zu erkennen gegeben, dass es der Einfügung solcher Bestimmungen in die Unfallverhütungsvorschriften mehrerer Berufsgenossenschaften seine Genehmigung ertheilt hat.

So enthalten die im Jahre 1886 genehmigten Unfallverhütungsvorschriften der Berufsgenossenschaft der Feinmechanik (Amtliche Nachrichten des R. V. A., 1886, S. 190 ff.) die nachfolgenden Bestimmungen:

Für die Betriebsunternehmer.

In jedem Betriebe sind nach Maassgabe der Arbeiterzahl desselben genügendes Verbandmaterial und einfache Arzneimittel vorräthig zu halten, welche an die Verletzten sofort nach Eintritt des Unfalles verabfolgt werden; diese einfachen Arzneimittel hat die Genossenschaft bekannt zu geben.

In den Werkstätten sind Anweisungen, betreffend die erste Behandlung Verletzter, in Placatform anzubringen, welche vom Genossenschaftsvorstande zu beziehen sind.

In grossen Betrieben sind einige Personen in der ersten Behandlung Verletzter unterrichten zu lassen.

Für die Arbeiter.

Jede, auch die geringste Verletzung ist gegen Eindringen von Staub, Schmutz und dergleichen sorgfältig zu schützen, wozu das im Betriebe vorräthig gehaltene Verbandmaterial zu benutzen ist.

Arbeiten mit Säuren und giftigen Stoffen sind bei eintretender Verwundung sofort einzustellen.

Bei Eintritt von Unfällen ist der nächste Vorgesetzte sofort zu benachrichtigen und für schleunige Herbeischaffung ärztlicher Hülfe Sorge zu tragen.

Vergl. auch die Unfallverhütungsvorschriften der Süddeutschen Textilberufsgenossenschaft (Amtliche Nachrichten des R. V. A., 1887, S. 216 ff.), der Südwestdeutschen Holzberufsgenossenschaft (Amtliche Nachrichten des R. V. A., 1888, S. 304 ff.), der Leinenberufsgenossenschaft (Amtliche Nachrichten des R. V. A., 1889, S. 102 ff.) u. A. Eine Uebersicht über die sämmtlichen bisher genehmigten einschlägigen Bestimmungen ist in der von dem Verbande der deutschen Berufsgenossenschaften durch R. Platz herausgegebenen Zusammenstellung der Unfallverhütungsvorschriften der Berufsgenossenschaften I. S. 43 enthalten.

Das Reichsversicherungsamt darf den Vorständen derjenigen Berufsgenossenschaften, welche in der gedachten Richtung bisher nicht vorgegangen sind, hiernach ergebenst anheimstellen, der vorstehenden Anregung sowohl im eigenen Interesse, wie in dem der Versicherten thunlichst Folge zu leisten.

Bestimmungen über die bei Unfällen sofort zu ergreifenden Maassnahmen sind jetzt wohl in den meisten Betrieben sichtbar für Jedermann angeheftet. In vielen Betrieben sind Verbandkästen zur ersten Hülfe aufgestellt.

Auch die Wichtigkeit der Krankenbeförderung bei der ersten Hülfe hat das Reichsversicherungsamt durch folgenden Hinweis auf eine meiner früheren Arbeiten in seinen „Amtlichen Nachrichten" vom 1. März 1897, No. 3, hervorgehoben:

In der im Verlage von Urban und Schwarzenberg in Wien erscheinenden, von Professor Dr. Albert Eulenburg in Berlin herausgegebenen „Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde" ist ein auch im Separatabdruck vorhandener Aufsatz von Dr. George Meyer in Berlin über „Krankentransport" veröffentlicht worden. Es wird darin in sehr gründlicher Darstellung die Bedeutung eines guten Krankentransports für das Heilverfahren im Allgemeinen, sowohl was den Kranken selbst, als auch was die öffentliche Gesundheitspflege verlangt, erörtert, namentlich aber auch die Wichtigkeit eines sachgemäss ausgeführten Transports für das spätere Schicksal der durch einen Unfall verletzten Personen, d. h. für den Erfolg des sich anschliessenden Heilverfahrens, eingehend dargelegt. Der Aufsatz ist deshalb im Besonderen auch für die Berufsgenossenschaften von Interesse, deren Wirkungskreis er in einem wesentlichen Punkte berührt.

Wie erwähnt haben die Berufsgenossenschaften zum Theil auch Unterricht in der ersten Hülfe für Angehörige der betreffenden Betriebe eingerichtet, um dort, wo nicht immer ärztliche Hülfe schnell erreichbar ist, eine erste Versorgung zur Abwendung grösserer Gefahren sicher zu stellen.

Nachdem die Vereine vom Rothen Kreuz in Deutschland, veranlasst durch die grossartigen Erfolge, welche die socialpolitische Gesetzgebung für die erkrankten, verunglückten und invaliden Arbeiter gezeitigt, sich mit den betreffenden Organen, den Berufsgenossenschaften einerseits und den Landesversicherungsanstalten andererseits in Verbindung gesetzt, um dadurch neue Kräfte für ihre eigenen Zwecke zu gewinnen, wurde einige Zeit nach der Begründung der Unfallstationen in Berlin ein

„Muster zu einem Vertrage zwischen den Organen der Berufsgenossenschaften und des Rothen Kreuzes, den Unterricht in der ersten Hülfe betreffend“

entworfen.

Einige Zeit später wurden dann

„Gesichtspunkte für das Zusammenwirken der Berufsgenossenschaften mit dem Rothen Kreuz“ aufgestellt.

Die Organisation der Rothen Kreuzvereine in Deutschland ist in der Geschichte der Entwicklung der Krankenpflege von Dietrich eingehend dargelegt. Für das Rettungswesen ist der Grundsatz der Vereine wichtig, dass ihre Mitglieder durch eine kriegsvorbereitende Thätigkeit im Frieden stets in genügender Bereitschaft erhalten werden sollen. Diese Friedensthätigkeit ist jetzt mehr auf die Leistung der ersten Hülfe bei Einzel- oder auch grösseren Unglücksfällen, welche sich in den Betrieben und öffentlichem Verkehr ereignen, ausgedehnt worden, während vorher die Wirksamkeit des Rothen Kreuzes in Friedenszeiten nach seiner Bestimmung besonders bei erheblichen Nothständen, Katastrophen, Epidemien in Erscheinung getreten war. Die Erweiterung des Thätigkeitsfeldes des Rothen Kreuzes, ein Fortschritt auf social-humanitärem Gebiete, ist für die Organisation des Rettungswesens bedeutungsvoll geworden. Allerdings hatten in einzelnen Städten, wie wir noch sehen werden, dem Rothen Kreuz angehörende Vereine bereits vorher Einrichtungen für erste Hülfe bei Unfällen im Frieden geschaffen.

In einigen Städten hat man von dieser Stelle aus den zweckmässigen Weg eingeschlagen, sich zuerst mit der Aerzteschaft über die für die Einrichtung des Rettungswesens wichtigen Grundsätze zu vereinigen. Aber leider ist dies nicht überall erfolgt, so dass an einigen Orten ein recht buntes Bild in Bezug auf die verfügbaren Einrichtungen vorhanden, welches für den Fernstehenden nicht immer leicht zu entwirren ist.

Die einzelnen zum Rothen Kreuz gehörigen Vereinigungen, welche in einer Anzahl von Städten Rettungsvorkehrungen getroffen haben, sind die Sanitätskolonnen, die Orts- und die Frauenvereine. In Berlin sind

ausserdem die oben erwähnten Unfallstationen jetzt als „Unfallstationen vom Rothen Kreuz“ in Thätigkeit. In einigen Städten hat auch die „Genossenschaft freiwilliger Krankenpfleger im Kriege“, aus deren Satzungen folgende Paragraphen hier angeführt werden sollen, Vorkehrungen für erste Hülfe getroffen:

§ 1. Zweck der Genossenschaft.

Die Genossenschaft sammelt und bildet in Friedenszeiten Männer deutscher Nationalität für die Pflege im Felde verwundeter und erkrankter Krieger, um sie für Kriegszeiten dem Centralcomité der deutschen Vereine vom Rothen Kreuz, den Landesvereinen vom Rothen Kreuz und den von diesen ressortirenden Vereinen zur Verfügung zu stellen. Auch sammelt die Genossenschaft Personen, welche als Delegirte oder als Depotverwalter für den Kriegsfall den vorgenannten Vereinen vom Rothen Kreuz, bezw. durch dieselben dem Kaiserl. Militärinspecteur überwiesen werden.

§ 4. Voraussetzung des Beitritts zur Genossenschaft für die ordentlichen Mitglieder.

Die Genossenschaft setzt bei ihren ordentlichen Mitgliedern voraus:

a) eine christliche Gesinnung, die von keiner Dienstleistung zurückschreckt, sowie die Bereitwilligkeit, auch im Frieden das Erlernte bei Unglücksfällen im Sinne von Samariterdiensten anzuwenden. Personen, welche, ohne dem christlichen Bekenntnisse anzugehören, von derselben Opferfreudigkeit durchdrungen sind, werden zur Mitgliedschaft zugelassen;

b) geordnete Lebensverhältnisse und einen unbescholtenen Lebenswandel; letzterer ist auf Erfordern durch Zeugnisse glaubwürdiger Personen nachzuweisen;

c) dass sie weder dem activen Dienststande, noch dem Beurlaubtenstande (Reserve, Landwehr I. und II. Aufgebots, Ersatzreserve) angehören;

Personen, deren Militärverhältniss zur Zeit der Meldung noch nicht entschieden ist, können ebenfalls zur Mitgliedschaft zugelassen werden; besondere Kosten dürfen jedoch für deren Ausbilduug nur dann aufgewendet werden, wenn dieselben nach der von dem betreffenden Vorstand gewonnenen Ueberzeugung voraussichtlich militärfrei werden, oder wenn dieselben unter das Reichsgesetz vom 8. Februar 1890 (betreffend die Wehrpflicht der Geistlichen römisch-katholischer Confession) fallen;

d) dass ihre Körperkräfte den voraussichtlichen Anstrengungen ihres Dienstes im Kriege gewachsen sind, und dass sie nicht an übertragbaren Krankheiten leiden;

e) dass sie die Fähigkeit haben, das zu Erlernende zu begreifen und für die erforderlichen Handleistungen hinreichende Geschicklichkeit besitzen.

Ein Theil der früher für sich bestehenden Samaritervereine ist jetzt gleichfalls dem Rothen Kreuz als „Samaritervereine vom Rothen Kreuz“ beigetreten, so dass durch alle genannten Umstände das Rothe Kreuz eine namhafte Stärkung seiner Hülfskräfte für den Frieden und damit auch eine Förderung seiner Bereitschaft für den Krieg erfahren hat.

In ausgedehnter Weise ist die Feuerwehr im Deutschen Reich — und auch in Oesterreich-Ungarn — am Rettungsdienst betheiligt. In zahlreichen Städten hat die Berufsfeuerwehr das Rettungs- und Krankentransportwesen organisirt, und auch die freiwilligen Feuerwehren, welche im Deutschen Feuerwehr-Ausschuss mit mehr als einer Million Mitgliedern vereinigt sind, haben das Rettungswesen mit übernommen. Die

Mitglieder der Pflicht- und freiwilligen Feuerwehren sind zu diesem Zweck zum grossen Theil als Samariter ausgebildet.

Die Turnvereine haben gleichfalls Organisation geschaffen, indem sie freiwillige Turnerfeuerwehren begründeten, welche dann ihrerseits die Leistung der ersten Hülfe bei Unfällen und plötzlichen Erkrankungen besorgten.

Nach dieser Uebersicht über diejenigen Factoren, denen die Einrichtung und Führung des Rettungswesens obliegt, nämlich die Aerzte, Krankenhäuser, Feuerwehren, Rothe Kreuzvereine, Samaritervereine, Berufsgenossenschaften, Rettungsgesellschaften, ferner Behörden, welche als einen Theil ihres Betriebes das Rettungswesen in die Hand genommen haben, indem die Polizei oder auch die Pflichtfeuerwehr oder andere Organe der Behörden sich diesem Zweig öffentlicher Fürsorge gewidmet haben, soll nun die Organisation des Rettungswesens dargelegt werden. Denn bereits aus der soeben hergestellten Zusammenfassung geht hervor, wie vielgestaltig diese Einrichtungen allein in unserem Vaterlande sind.

## A. Allgemeine Organisation des Rettungswesens.

### I. Einrichtung des Rettungswesens zu Lande.

#### 1. In einer grösseren Stadt.

Hier kommen ganz besonders die genannten Factoren in Betracht, welche das Rettungswesen einzurichten haben. Etwas Anderes ist es natürlich mit der Erhaltung der betreffenden Vorkehrungen. Gerade die eben erwähnten Gruppen und Körperschaften sind es, welchen die Einrichtung des Dienstes für erste Hilfe obliegt. Zunächst die Aerzte, deren Beruf es ja ist, erste Hülfe zu leisten. Die Erkenntniss, dass nicht zu jeder Zeit und an jedem Orte, wo ein Unfall oder plötzliche Erkrankung sich ereignet, ein Arzt sofort zur Stelle sein kann, hatte, wie wir gesehen haben, bereits in sehr früher Zeit — besonders zu Zeiten von Epidemien — dahin geführt, für Bereitstellung ärztlicher oder wenigstens einigermaassen sachverständiger Hülfe zu sorgen.

Ich habe oben (S. 570) bereits eine Verordnung über Bereitstellung von Hülfe während der Pest in Wien aus dem Jahre 1681 abgedruckt. Auch in kleineren Städten war ein ärztlicher Dujourdienst hergestellt worden, wie folgende Verfügung aus Stralsund beweist:

Der Stadt Stralsund Eventuale Veranstaltung / Wie man Bey etwa eräugenden contagieusen Krankheiten und hereinbrechenden Pestläufften In der Stadt und bey der Ehrlieb: Bürgerschafft sich zu verhalten habe / Nebst einem beygefügten Medicinschen Pest- und Praeservations-consilio. Gedruckt durch Seel. Michael Meders Erben. 1710.

Pest-Chirurgi.

Aus denen hieselbst verhandenen Chirurgis soll Einer / und bey zunehmender Noth / noch ein Ander deren Mittels verordnet und bestellet werden / welche bey

Zeiten sich mit nöthigen Leinwand zu Pflastern und Bandagen und was sonst bey Ihrer Kunst erfordert wird / versehen / in Pest-Zeiten gegen eine absonderliche ihnen zu zu ordnende Belohnung jedermänniglich, Arm und Reich / der Ihm begehret / bey Tage und Nacht zu bedienen schuldig seyn / und dabenebst jederzeit ein oder zwey tüchtige geschickte Gesellen anschaffen sollen / welche / nebst Ihnen die Bedienung der Inficirten abwarten.

Heute, wo die Verkehrs- und Betriebsverhältnisse gegen jene Zeiten, wo der Pest-Medicus oder Pest-Balbierer noch mit einem weissen Stabe in der Hand über die Strasse gehen musste, um Vorbeigehende vor Annäherung zu warnen, oder gegen 1831, zur Zeit der Cholera, sich zu einer schwindelnden Ausdehnung entwickelt haben, erscheint es nur natürlich, Vorsorgen für die Opfer zu treffen, welche „auf dem Schlachtfelde des täglichen Lebens" verunglücken oder plötzlich erkranken. Aber die Vorbereitungen für diese Zwecke in älteren Zeiten müssen uns doch mit Erstaunen erfüllen, besonders diejenigen, welche bei den ersten organisirten Rettungsanstalten der Welt in Amsterdam, ferner in Hamburg, Paris, London u. s. w. vorhanden waren. Damals bestand, wie auch in heutiger Zeit die Thatsache, dass zu bestimmten Zeiten, besonders wo die Aerzte ihre Krankenbesuche ausser dem Hause machten, Hülfe bei Unfällen schwer zu erreichen war. Besonders also für diese Zeiten erschien es wünschenswerth, Einrichtungen zu besitzen, welche die Anwesenheit oder Hülfsbereitschaft von Personen sicherstellten.

Nächst den Aerzten, welche in einer bestimmten Art und Weise an bestimmten Plätzen einer Stadt stets zu finden sein müssten, sind für die Einrichtung des Rettungsdienstes die Krankenhäuser als die Stätten, in welchen von Alters her Hülfe, also auch erste Hülfe, zu erhalten ist. in Betracht zu ziehen. Ich habe bereits 1895 in einem Vortrage im Verein für innere Medicin hervorgehoben, dass eine gute Regelung des Rettungswesns möglich sei, wenn besondere Rettungswachen in den Krankenhäusern untergebracht würden. Es ist nicht immer erforderlich, dass die Helfer sich im Rettungswagen an den bestellten Ort begeben, wie dies z. B. meistens bei den Rettungsgesellschaften in Oesterreich-Ungarn und auch in den Nordamerikanischen Städten der Fall ist. Wie die Erfahrung lehrt, kommen zahlreiche Fälle in der Rettungspraxis vor, bei welchen sehr einfache Maassnahmen, z. B. Verordnungen bei Besuchen im Hause der Patienten nur erforderlich sind, wo also die Mitnahme von grossen Verband- und Sanitätstaschen sich als entbehrlich herausstellt. Besonders gilt dies für die Städte, welche über eine grössere Zahl von Wachen verfügen, wie dies meistens in Norddeutschland der Fall ist, wo also der zur Unfallstelle gerufene Arzt nur kurze Strecken zurückzulegen hat, oder leicht eine passende Fahrgelegenheit findet, während in Wien, Budapest etc., welche nur eine Centralstation besitzen, der Arzt meistens grössere Strecken bis zur Stelle zrrücklegen muss, wo seine Hülfe erbeten wird, und daher einen Wagen benutzen muss, um möglichst schnell an seinen Bestimmungsort zu gelangen.

In den Orten, wo nur eine Station zur Verfügung des Publikums ist,

wird der Arzt verhältnissmässig viel häufiger nach ausserhalb von der Station gerufen als da, wo mehrere oder viele Wachen errichtet sind, welche für die Patienten selbst dann leichter erreichbar sind, so dass sie die Stationen aufsuchen. Das gleiche Verhältniss besteht für den Transport der Verunglückten. Rückt der Rettungsarzt im Wagen aus — also meistens in Orten mit einer Centralrettungswache — so übernimmt oder veranlasst er nöthigenfalls auch die Beförderung des Verletzten in dessen Wohnung oder ins Krankenhaus in dem mitgebrachten Rettungswagen. Sind aber mehrere Krankentransportstationen vorhanden, wie z. B. bei der Berliner Rettungsgesellschaft, so können die Wagen sehr häufig schneller an die einzelnen Punkte des ausgedehnten Stadtgebietes gelangen, wenn sie durch Vermittlung der Centrale nach der gewünschten Stelle dirigirt werden, während der Arzt sich selbst auf schnellstem Wege zur Unfallstelle begiebt. Es bedingt also die Verschiedenheit jeder Organisation andere Maassnahmen, so dass nicht ein Schema als allein richtiges aufzustellen ist, sondern nur allgemeine Grundzüge anzugeben sind.

Wird ein Arzt in einem Ort mit mehreren Rettungswachen zu einem Patienten zur ersten Hülfe gerufen, ohne zu wissen, wie dies häufig der Fall ist, aus welchem Grunde seine Hülfe erbeten wird, so kann er gewöhnlich bei grösserer Entfernung öffentliche Fuhrwerke benutzen, welche Tag und Nacht in den Städten zur Verfügung stehen, und auch am besten eine kleinere Tasche mitnehmen, in welcher die nothwendigsten Behelfsmittel für erste Hülfe bei innerlichen Erkrankungen und Verletzungen vorgesehen sind. Solche Taschen von der Form kleiner Lederkoffer machen äusserlich keinen unangenehmen Eindruck, sind schnell zu ergreifen und enthalten wenigstens so viel Dinge, dass der helfende Arzt die ersten Schritte einleiten und während dieser Zeit nach weiteren nothwendig erscheinenden Dingen aussenden kann. Hat der Arzt Hülfsmittel, was für den Rettungsarzt wohl stets zweckmässig ist, nicht bei der Hand, so muss er aus der nächsten Apotheke, welche heutzutage in den meisten Städten zahlreich vorhanden sind, schnell erforderliche Mittel und auch Verbandstoffe zu erhalten suchen.

Ich erachte es für empfehlenswerth, dass jeder Arzt stets so ausgerüstet ist, dass er kleinere Nothverbände ohne Weiteres an jedem Orte anlegen kann. Dies hebe ich hervor, da heute nicht mehr die Sitte zu bestehen scheint, dass jeder Arzt stets mit einem Taschenbesteck versehen ist. Hat er ausser diesem ein Verbandpäckchen, das leicht unterzubringen, bei sich, so ist er bereits für einen Theil von Fällen etwas gerüstet. Es ist auch für die allgemeine Praxis bequem, diese Dinge stets zuführen, um nothwendige Verbände oder Nähte sofort anzulegen und dann die Patienten später weiter zu behandeln. Diese Ausrüstung des Arztes ist so leicht in den Taschen der Kleidung aufzubewahren, dass sie nicht im Geringsten auffällig ist. Ausserdem ist es leicht, in der Tasche einen Behälter mit Sublimatpastillen, welcher aus verschiedenem Material, wie Hartgummi, Celluloid, hergestellt sein kann, mitzunehmen. Esmarch empfahl noch einen elastischen

Hosenträger oder in neuerer Zeit einen elastischen Hosenhalter, welcher auch gleichzeitig den Zweck verfolgen soll, als Umschnürungsmaterial bei Blutungen an den Gliedmaassen zu dienen. Ich kann mich mit dieser Anwendung nicht sehr einverstanden erklären, schon aus dem Grunde, weil Geräthschaften, welche gleichzeitig mehreren verschiedenen Zwecken dienen sollen, nicht empfehlenswerth sind, und ferner, weil ich nicht glaube, dass man im Zimmer oder auf der Strasse den Halter seiner Beinkleider so ohne Weiteres wird entbehren können.

Es erscheint nicht unangebracht, an diese Erörterungen noch einige Bemerkungen zur Technik der ersten Hülfe überhaupt anzuschliessen. Bereits oben hatten wir dargelegt, dass nur eine vorläufige Nothhülfe vom Arzte geleistet werden solle. Hiernach wird auch das Inventar der betreffenden Einrichtungen, von welchen her der Arzt zur Hülfe herbeigeholt wird, sich richten. Denn wenn er nicht in einem Krankenhause sich aufhält, wo alle erdenkbaren Einrichtungen für die Behandlung Verletzter vorhanden sind, so wird er sich an einer Stelle zur Hülfsbereitschaft befinden, welche sonst für die Leistung der ersten Hülfe in Betracht zu kommen hat, und das sind die Einrichtungen für erste Hülfe, welche entweder bei den Feuerwehren oder der Polizei etc. untergebracht sind, also in besonderen, für diesen sanitären Rettungsdienst vorgesehenen Räumen oder in eigenen nur diesem Zweck dienenden Räumen, für welche ich wohl als erster den gut Deutschen Namen „Rettungswache“ vorgeschlagen habe. Alle anderen sonst vorhandenen Namen sind theilweise Fremdworte, oder sie enthalten nicht genau die Bezeichnung ihres Zweckes. Zu meiner Befriedigung hat nicht nur die Berliner Rettungsgesellschaft, sondern auch die Gesellschaften in Frankfurt a. M., Stettin diesen Namen angenommen. Die besondere Einrichtung dieser Wachen sowie aller sonst für den Rettungsdienst erforderlichen Geräthschaften wird später erörtert werden.

Unverkennbar hat die sociale Gesetzgebung bedeutenden Einfluss auf die Ausgestaltung des Rettungswesens gehabt, wie oben bei der Wirksamkeit der Berufsgenossenschaften dargelegt worden ist, welche allerdings mehr die Verhütung der Unfälle in den Betrieben sich angelegen sein lassen. Aber allein entscheidend für die Ausbreitung des Rettungswesens und die Anerkennung von dessen Wichtigkeit ist sie nicht gewesen.

Von grossem Einflusse für die Entwicklung von Organisationen für erste Hülfe waren ausserdem die Fortschritte auf dem Gebiete der Medicin, im Besonderen der Chirurgie. Die Entdeckung des Chloroforms, die künstliche Blutleere, die Einführung der Antisepsis und Asepsis sowie der örtlichen Anästhesie trugen nicht wenig dazu bei, die Leistung der ersten Hülfe in andere Bahnen zu lenken. Ferner war schon 1882 z. B. in Leipzig bei Begründung des dortigen Samaritervereins auch die Einrichtung von Sanitätswachen mit ärztlichem Tages- und Nachtdienst bewerkstelligt worden.

Die Darstellung des Chloroforms zeigte ihre Wirkung bei zahlreichen Eingriffen auf dem Gebiete der ersten Hülfe, welche vorher wegen der damit verbundenen Schmerzen nicht oder nur schwierig auszuführen ge-

wesen waren. Unter Anwendung der künstlichen Blutleere konnten nun Operationen ausgeführt werden, deren Vornahme früher einfach unmöglich gewesen. Entscheidend war aber die Einführung der Antisepsis und später der Asepsis, mit deren Hülfe jetzt Wunden, die bereits durch die Einwirkung der erregenden Gewalt inficirt waren, wieder gereinigt und zur Heilung gebracht werden können. Sehr angreifbar ist daher der von dem Vertreter der Berliner Unfallstationen in einem 1894 auf dem internationalen Hygienecongress in Budapest gehaltenen Vortrage aufgestellte Satz: „Ist durch unzweckmässige Maassnahmen und vorgekommene Verunreinigung eine Infection der Wunde erfolgt, so wird es später unmöglich, die Infectionsträger wieder zu entfernen".

Man hat vielfach gestritten, ob der erste vorläufige Verband anti- oder aseptisch angelegt werden sollte. Man wird wohl den antiseptischen Verbänden aus dem Grunde häufig den Vorzug geben, weil Verletzungen, welche durch Werkzeuge, Maschinengewalt oder durch Ueberfahren hervorgerufen werden, keine reinen Wunden sind, wie sie durch eine aseptische Operation gesetzt werden, sondern solche, welche meistens Infectionsträger enthalten, deren Wirkung durch den antiseptischen Verband aufgehoben oder gemindert werden kann. Natürlich ist die Umgebung der Wunden nach Möglichkeit aseptisch zu machen, um zu verhüten, dass von da noch neue Keime in die Wunde übertreten, aber im Uebrigen wird man mit antiseptischem Verbande auskommen können. Es kann auch wohl ein antiseptisch angelegter vorläufiger Verband länger liegen bleiben, als ein aseptisch ausgeführter, wenngleich für beide Arten der Grundsatz gilt, dass sie nach kürzerer Zeit erneuert werden müssen, um dem endgültigen Verbande Platz zu machen. In einer Anzahl von Fällen kleinerer Verletzungen wird sich natürlich der vorläufige Verband von einem endgültigen kaum unterscheiden.

Für die Anwendung der Antisepsis beim ersten Verbande spricht ferner das beim Heere benutzte Verfahren des ersten Verbandes auf dem Schlachtfelde, welcher bis jetzt antiseptisch ausgeführt wird. Charas in Wien giebt gleichfalls dem letzteren den Vorzug.

Für den ersten vorläufigen Verband können Verbandpäckchen benutzt werden, von welchen zahlreiche Abarten jetzt vorliegen. Beim Heere hat jeder Soldat ein solches Päckchen im Rockfutter eingenäht. Bei den einzelnen Nationen ist das gebrauchte Modell verschieden. Für die erste Hülfe im Frieden sind andere Ansprüche zu stellen als im Kriege, und daher weichen auch die hierfür angegebenen Päckchen erheblich von jenen ab. Gemeinsam ist bei allen erstrebt, auf möglichst kleinem Raume ein zweckmässiges Verbandmaterial für einen vorläufigen Verband zusammenzubringen. Meistens besteht der Inhalt aus einem Stoff, welcher auf die Wunde direct gelegt wird, ferner aus einem zweiten zur Bedeckung dieses, einer Binde und Befestigungsnadeln. Das Ganze ist mit einer wasserdichten Umhüllung versehen, welche vielfach auch als zweiter Bedeckungsstoff benutzt wird. Man hat verschiedene Befesti-

gungsarten erfunden, um die beiden Wundbedeckungsstoffe mit einander zu vereinigen und gemeinsam auf die Wunde zu legen.

Die meisten Verbandpäckchen haben den Nachtheil, dass sie zu kurze Binden haben und ferner, dass diese Binden, und damit auch die Päckchen, stets nur eine Breite besitzen, welche meistens 5 oder 6 cm beträgt, obwohl auch breitere Verbandpäckchen mir bekannt sind, z. B. „Le Traumovelo", ein französisches Päckchen, welches auf der Pariser Weltausstellung 1900 ausgestellt war und eine Breite von 11 cm hat. Die meisten Päckchen besitzen auch eine Gebrauchsanweisung, welche obenauf oder im Päckchen leicht sichtbar angebracht ist.

Das Verbandpäckchen soll nur den Zweck haben, eine Bedeckung einer Wunde bis zu deren weiterer Versorgung zu bewirken. Alles sonstige Berühren der Wunde ist zu unterlassen, und daher ist der auf dem genannten Französischen Päckchen vorhandene Hinweis, die Wunde erst mit einem Stück des vorhandenen Verbandstoffes abzuwischen, nicht unbeanstandet zu lassen. Soltsien-Altona und ich haben nun, um die oben genannten Uebelstände bei den Verbandpäckchen auszuschliessen, solche angegeben, bei welchen die auch bei dem Preussischen Militärverbandpäckchen benutzte Pressung verwendet ist. Ferner haben wir 4 verschiedene Grössen, und zwar für die einzelnen Körpergegenden verschieden, verfertigen lassen:

No. I: Verband für Gesicht, Finger und Ohren,
No. II: Verband für Kopf, Hals, Hände, Füsse,
No. III: Verband für Arm und Bein,
No. IV: Verband für Brust, Bauch, Rücken.

Die in den Päckchen vorhandenen Binden sind stets 5 m lang, aber verschieden breit und zwar 4, 6, 8 und 10 cm, da man nicht mit den in sonstigen Päckchen vorgesehenen schmalen und zu kurzen Binden, die wohl für kleinere Verbände an Fingern u. s. w. ausreichen, zweckmässige Nothverbände um Brust oder Rücken anlegen kann. Die Binden sind, wie beim Preussischen Heer, comprimirt, wodurch bedeutende Raumersparniss erzielt wird. Ausserdem enthält jedes Päckchen ein Stück Verbandmull, welches in eine Lösung von Sublimat 1 : 1000 getränkt und rosa gefärbt ist, während die Binden ihre natürliche weisse Farbe haben. Beide Stücke sind in Pegamoid eingehüllt, welches durch einen Faden zusammengehalten wird, welcher zwei Sicherheitsnadeln festhält. Beachtenswerth ist die Verarbeitung des Mulls, welcher in gekrüllter Form nachher zusammengepresst ist, so dass er mit Leichtigkeit mit zwei Fingern an einem Ende gefasst und auseinandergeschlagen werden kann. Der nicht mit den Fingern berührte Theil wird auf die Wunde direct gelegt, während der berührte Abschnitt am entferntesten von der Wunde sich befindet. Hierdurch ist eine directe Berührung der Wunde mit etwa unreinen Fingern vollkommen vermieden, was besonders bei Benutzung der Päckchen durch Laien von Werth ist. Die Benutzung der Krüllgaze ermöglicht die Anwendung des Verbandes auch bei sehr kleinen Verletzungen zwischen den Fingern und anderen Stellen des Körpers, ferner ist die in auseinander gebrei-

teter Form aufgelegte Gaze in viel höherem Maasse, als dicht zusammengelegte zur Aufsaugung von etwa aus einer Wunde austretendem Blut geeignet. Die verschiedene Färbung der Binde und der Gaze ermöglicht eine leichte Unterscheidung dieser Verbandstücke beim Anlegen des Verbandes. Das Päckchen ist noch im Ganzen zusammengepresst, damit es möglichst kleinen Raum einnimmt, so dass es leicht auch vom Arzte mitgeführt werden kann.

Neben der roth aufgedruckten Bezeichnung der Körpergegend, für welche jedes einzelne Päckchen bestimmt ist, findet sich aussen auf jedem Päckchen der Vermerk: „Gebrauchsanweisung auf der Innenseite". Diese — natürlich für Nichtärzte bestimmt — lautet:

Inhalt: Sublimat-Krüllgaze (roth gefärbt)
comprimirte Mullbinde
Pegamoidhülle
Sicherheitsnadel.

Anwendung: Man fasse die Krüllgaze mit reinen Fingern an einer beliebigen Stelle und lasse den übrigen Theil derselben zuerst von oben her auf die Wunde fallen. Hierauf bedecke man die Krüllgaze mit der inneren Seite der Pegamoidhülle und befestige beides mit der Binde.

Regel: 1) Vor dem Anlegen des Verbandes sind die Hände mit Seife und Bürste gründlich zu reinigen.
2) Eine Wunde darf nicht mit den Fingern berührt werden.

Sind Aerzte mit diesen genannten Stücken versehen, so sind sie für den Nothbedarf gerüstet. Zur ständigen Ausstattung des Arztes gehört ferner eine Unterhautspritze, weil der Arzt jederzeit in der Lage ist, Unterhauteinspritzungen in Fällen ausführen zu müssen, zu welchen er unvorbereitet kommt. Es kann dies sich ferner bei Patienten ereignen, welche der Arzt bereits längere Zeit besucht, und bei welchen irgend ein Umstand an einem Tage eine Einspritzung erheischt. Von medicamentösen Stoffen für die erste Hülfe beziehungsweise den täglichen Gebrauch kommen hauptsächlich in Betracht schmerzstillende, blutstillende, belebende und ferner Diphtherieheilserum. Für die ersteren sind besonders Morphium und Cocain in Bereitschaft zu halten, für die Blutstillung kommt Ergotin in Frage, und für Wiederbelebung Aether und Kamphor vorzüglich in der Form von Schwefeläther mit Kamphoröl zu gleichen Theilen. Alle diese Mittel sind seit längerer Zeit in zugeschmolzenen kleinen Glasröhrchen in bestimmten Gaben vorräthig, sodass vor dem Gebrauche nur die Spitze des Röhrchens abzubrechen ist, um den Inhalt direct in die Spritze aufzuziehen. Ferner hat man seit längerer Zeit Morphium in kleinen gepressten Tabletten vorräthig gehalten, um mit gekochtem Wasser die Herstellung einer Lösung zur Einspritzung zu ermöglichen. Letzteres Verfahren erscheint umständlicher als das erste.

Bestehen in einer Stadt besondere Vorkehrungen für erste Hülfe, so kann der diensthabende Arzt ebenfalls mit diesen einfachen

Dingen ausgerüstet von dem Krankenhause oder der Rettungswache sich zu einem Kranken begeben. Natürlich sind bei einem organisirten Rettungsdienst noch weitere Vorkehrungen bereitzustellen, welche der gerufene Arzt ausserhalb der Wache benutzen kann. Hierher gehören Verbandtaschen, -Beutel oder -Kästen, welche mit den nothwendigsten Gegenständen für eine erste Hülfe bei Verunglückungen und plötzlichen Erkrankungen versehen sind. Ich selbst habe vor mehreren Jahren einen Kasten für erste ärztliche Hülfe angegeben und habe an dieser Stelle noch einen von v. Oettingen, Assistenten an der chirurgischen Universitätsklinik zu Berlin, zusammengestellten Kasten zu erwähnen, welcher gleichfalls zum Mitnehmen für den Arzt ausserhalb des Hauses oder einer Anstalt bestimmt ist. In diesem Kasten ist in recht glücklicher Weise die gesammte Ausrüstung ohne weitere durch Zwischenwände hergestellte Trennung untergebracht. In einen grösseren Metallbehälter sind zunächst zwei Metallkästen eingestellt, von welchen der eine sterilisirte Verbandstoffe in reichlicher Menge enthält, während der andere die für erste Hülfsleistungen erforderlichen Gegenstände, wie Mundsperrer, Geräthe zur Narkose, Blutstillung, Unterhautspritze u. s. w. birgt. Unter dem einen Kasten befindet sich ein umfangreiches chirurgisches Besteck, während die beiden grossen Kästen durch einen runden Behälter für sterile Tupfer festgehalten werden. Zur Befestigung dienen um den runden Behälter umgelegte dreieckige Tücher, so dass diese Gegenstände sich ohne weitere Eintheilung im Kasten einbringen lassen. Nur im Vordertheil ist in ganzer Länge des Kastens ein schmaler herausnehmbarer Einsatz vorhanden, welcher zwei Flaschen sowie einige andere Verbandgegenstände, Gazebinden, Sublimatpastillen enthält. In diesen beiden Flaschen sind Chloroform und Aether enthalten, sonst sind alle Flaschen für Flüssigkeiten fortgelassen, da dieselben beim Transport des Kastens Schwierigkeiten bedingen können. Nach v. Bergmann sind Flaschen mit Flüssigkeiten so viel als möglich vom Inhalte mitnehmbarer Kästen und Taschen mit Recht auszuschliessen.

Bei der technischen Ausrüstung der Wachen bezw. der wachthabenden Aerzte ist noch die Hülfe bei Vergiftungen zu berücksichtigen. Für diesen Zweck sind in einzelnen Städten ganz brauchbare Geräthschaften vorhanden. Wohl der vollständigste Apparat ist von Liebreich auf meine Veranlassung für die Berliner Rettungsgesellschaft für die internationale Ausstellung für Feuerschutz in Berlin 1901 zusammengestellt worden. Liebreich hat zwei Behältnisse vorgesehen, von welchen das eine die Geräthschaften für Hülfe bei Vergiftungen, das zweite die erforderlichen Medicamente und chemischen Stoffe in übersichtlicher Weise in sich birgt.

Die örtliche Anästhesie hat gleichfalls für die erste Hülfe Bedeutung erlangt. Durch ihre Anwendung wird in vielen Fällen die Benutzung von Chloroform, welches häufig nicht zur Anwendung gezogen werden kann, und auch für Personen, welche nach der ersten Versorgung sich wieder bald von der Verbandstelle fortbegeben sollen, nicht

immer sehr angenehm ist, erspart, während andererseits Schmerzen sicher durch sie vermieden werden.

In neuerer Zeit ist der Sauerstoff in verdichteter Form für bestimmte Fälle von Kohlenoxydvergiftung sowie bei aus anderen Gründen Bewusstlosen mit Erfolg angewendet worden. Ganz hervorragend scheint sich seine Benutzung für Fälle von „Rauchvergiftung“ zu eignen, welche vielfach bei Brandunglücksfällen sowohl bei Feuerwehrmännern als bei Personen, welche längere Zeit in qualmerfüllten Räumen zugebracht haben, vorkommen. Zur Erleichterung des Aufenthalts von Rettern in solchen Räumen und in Bergwerken nach Katastrophen ist der Sauerstoff erfolgreich verwendet worden. —

Es hat also, wie oben bemerkt, die Einrichtung des ärztlichen Wachtdienstes thunlichst in der Weise zu erfolgen, dass zunächst die in einem Orte vorhandenen Aerzte, sei es durch einen bestehenden (Stettin, München) oder für diesen Zweck begründeten Verein (Berlin, Frankfurt a. M.) im Anschluss an die vorhandenen Einrichtungen für Krankenversorgung den Dienst für erste Hülfe organisiren, also in den überall in grösseren Städten bestehenden Krankenhäusern oder Kliniken, wo zweckmässig eigene Räume hierfür bereitgestellt werden.

Ausser den öffentlichen Hospitälern sind die Feuerwachen in ausgezeichneter Weise geeignet, die Rettungswachen aufzunehmen. Auch hier kann die Einrichtung in verschiedener Weise erfolgen. Es werden Räume als Rettungswachen eingerichtet, und entweder werden, wie dies in manchen Städten üblich ist, nur in der ersten Hülfe ausgebildete Mannschaften der Feuerwehr verwendet, welche in der Wache Verbände anlegen und zu einem Unfall wie zu einem Brande ausrücken, in schweren Fällen für ärztliche Hülfe sorgen und die Ueberführung des Patienten in seine Wohnung oder in ein Krankenhaus bewirken, oder es wird in den Feuerwachen ein besonderer von Aerzten besorgter Wachtdienst eingerichtet, bei welchem wenn erforderlich die Aerzte, gleichwie die Feuerwehrmänner zu einem Brande, ausfahren.

Wo bereits freiwillige Vereinigungen bestehen, welche Vorkehrungen für erste Hülfe eingerichtet haben, müssen sie, falls dies noch nicht geschehen, mit der genannten Vertretung der Aerzte in Beziehung treten. In Berlin, wo eine grössere Zahl von Aerztevereinen besteht, ist dieser Versuch als ein gelungener anzusehen, indem ein besonderer „Aerzteverein der Berliner Rettungsgesellschaft“ den ärztlichen Dienst in den Rettungswachen dieser Gesellschaft zu organisiren hat.

Es muss die Gesammtheit der Aerzte an dem Rettungsdienste betheiligt werden. Dieser stellt eine besondere Bethätigung der Aerzte auf humanitärem Gebiete dar, für welche alle Aerzte stets einzutreten bereit sind. Die Anstellung einiger Aerzte für den Rettungsdienst könnte den Anschein erwecken, als wenn nur diese bereit wären, sich in den Dienst dieser grossen Aufgabe zu stellen. Ausserdem aber ist die Betheiligung der Gesammtheit der Aerzte am Rettungsdienste wichtig, weil sonst der Mehrzahl der Aerzte die Gelegenheit entzogen wird, sich in genügender

Weise in denjenigen Fächern weiter auszubilden, für welche Scharfblick, schnelle Auffassungsgabe und Thatkraft hervorragend nothwendig erscheinen. Wird ihnen diese Gelegenheit genommen oder beschränkt, so leidet ihre Fortbildung grossen Schaden, was wiederum für das Gemeinwesen von erheblichem Nachtheil ist. Die Fortbildung der Aerzte wird, wie oben hervorgehoben, gerade jetzt besonders gefördert. Bei Anstellung einiger weniger Aerzte an den Rettungswachen werden hauptsächlich diese Gelegenheit für eine solche finden, während der grössere Theil der Aerzte grossen Schaden in seiner Berufsausübung erleidet.

Die Betheiligung aller sich zum Wachtdienst bereit erklärenden Aerzte hat für das Publikum noch einen grossen Vortheil in Fällen von Epidemien, für welche auch ein Dienst von Aerzten von ganz besonderer Wichtigkeit ist, welcher auch, wie die oben angeführten Verhältnisse aus früheren Epidemien beweisen, schon lange anerkannt wurde. Wenn nämlich möglichst viele Aerzte in den einzelnen Stadttheilen sich am Wachtdienst betheiligen, besonders diejenigen, welche die hygienischen Verhältnisse der betreffenden Bezirke genau kennen, so wird hierdurch ein grosser Nutzen für die öffentliche Gesundheit und damit für das Allgemeinwohl entstehen. Sind dagegen einige Aerzte fest angestellt, welche über einige Assistenten verfügen, so werden besonders letztere kaum solche Kenntnisse der örtlichen Verhältnisse haben, welche für zweckentsprechende Anordnung und Durchführung hygienischer Maassregeln unentbehrlich sind.

So wird durch Schaffung eines Rettungswesens mit Dujourdienst aller sich bereit erklärenden Aerzte ein gut organisirter Sanitätsdienst für die Bekämpfung von Epidemien hergestellt. Also auch aus diesem Grunde wird sich die Anstellung einiger weniger Aerzte für die Ausübung des Rettungsdienstes nicht empfehlen.

Ausser diesen genannten ideellen Schädigungen, durch welche die Fortbildung der Aerzte beeinträchtigt wird, erwächst weiter dem ärztlichen Stande bei Nichtbetheiligung der Gesammtheit der Aerzte am Rettungsdienst noch ein materieller Nachtheil, welcher für das Publikum nicht belanglos ist. Der Aerztestand hat heutzutage eine weit über den Rahmen der Behandlung des Einzelindividuums hinausgehende Aufgabe. Ihm liegt die Verhütung der Entstehung von Krankheiten nicht nur bei einzelnen Personen, sondern auch bei deren engerer und weiterer Umgebung ob. Der ärztliche Stand hat einschneidenden Einfluss auf die Gestaltung der öffentlichen Gesundheitspflege gewonnen und ist damit einer der wichtigsten Factoren für das öffentliche Leben geworden. Dieser hohen Aufgabe zu genügen, ist nur ein Stand in der Lage, welcher auch wirthschaftlich vollkommen auf der Höhe steht. Ist letzteres nicht der Fall, so kann es leicht geschehen, dass Unlust an der Betheiligung an öffentlichen Aufgaben eintritt, indem die berechtigte Sorge für die eigene Person oder Erhaltung der Familie so sehr in den Vordergrund tritt, dass trotz Vorhandenseins der besten Absichten diese nicht in genügendem Maasse zu Gunsten der Allgemeinheit be-

thätigt werden können. Daher hat auch letztere ein Interesse daran, dass die berechtigten Interessen des ärztlichen Standes nicht durch irgend welche Einrichtungen geschädigt werden, welche, wie die Beispiele in verschiedenen Städten zeigen, ohne jeden Schaden für die Patienten unter Wahrung der Interessen aller Betheiligten hergestellt werden können.

Von grosser Wichtigkeit für ein Rettungswesen ist die Unterbringung Bewusstloser. Besonders sind die durch übermässigen Alkoholgenuss Bewusstlosen zu berücksichtigen, welche vom ärztlichen Standpunkte stets als Erkrankte anzusehen sind, welche keineswegs auf die Polizeiwachen gehören, wo sie ihren Rausch ausschlafen sollen. Man hat wohl in den meisten Städten jetzt diesen Standpunkt verlassen, und auch die Behörden selbst und ihre ausübenden Organe entledigen sich gern dieser Gäste, besonders weil sie mit Recht sich nicht für competent halten zu entscheiden, ob ein Bewusstloser betrunken oder von einer anderen Erkrankung betroffen ist. Am besten wäre es, wenn die öffentlichen Hospitäler selbst Einrichtungen hätten, die Bewusstlosen aufzunehmen, damit dann gleich dort entschieden werden kann, ob der Betreffende wieder nach einiger Zeit zu entlassen ist oder weiter im Hospital bleiben muss. Es ist nicht ganz einfach, in bestehenden Krankenhäusern Einrichtungen zu treffen, um Bewusstlose, besonders Betrunkene, aufzunehmen, da hierdurch hauptsächlich in der Nacht durch den von diesen verursachten Lärm erhebliche Störungen für die anderen Kranken verursacht werden. Aber einzurichten ist es auch in diesen, und vorzüglich könnte beim Neubau von Hospitälern die Erlaubniss davon abhängig gemacht werden, dass Räume für Rettungswachen und Bewusstlose bereitgestellt werden, welchen die Patienten ohne Weiteres zugeführt werden können. Man hat hiergegen geltend gemacht, dass dadurch eine Vermehrung der Zahl der Fälle von Trunkenheit bewirkt werden könnte. Dagegen spricht jedoch der Umstand, dass z. B. in Budapest, wo ein Flügel der Centralstation für die Aufnahme von Bewusstlosen eingerichtet ist, eine Vermehrung der Fälle von Trunkenheit nicht eingetreten ist. Man könnte auch die Einrichtung treffen, dass Personen, welche in kurzen Zwischenräumen hintereinander wegen Trunkenheit zur Aufnahme gebracht würden, nicht wieder aufgenommen, sondern in Trinkerheilanstalten untergebracht würden. Auf diese Weise würde ein grosser socialer Nutzen gestiftet werden.

In den Hospitälern sind stets Aerzte für die Behandlung Verunglückter und plötzlich Erkrankter verfügbar. Auch die Ausübung des Rettungsdienstes ausserhalb des Krankenhauses ist unschwer einzurichten. In grösseren Krankenhäusern, welche über freiwillige Hülfskräfte, Volontärärzte, verfügen, kann neben dem diensthabenden Arzte, welcher die in das Krankenhaus zur ersten Hülfsleistung kommenden Patienten versorgt, ein Arzt aus der Zahl der letzteren oder auch einer der in grösserer Zahl vorhandenen Hülfsärzte den Dienst ausserhalb des Krankenhauses wahrnehmen. In kleineren Krankenanstalten, welche nur über

wenige Aerzte oder nur einen Arzt verfügen, welcher sogar ausserhalb der Anstalt stationirt ist, kann der Dienst in anderer Weise hergestellt werden, indem Aerzte aus der Umgebung des Krankenhauses für den Aussendienst herangezogen werden, was heute durch Fernsprecher oder bei kleineren Entfernungen durch Boten leicht geschehen kann.

In ähnlicher Weise sind auch die Polizeiwachen für den Dienst der ersten Hülfe heranzuziehen. Auch hier sind besondere Räume als Rettungswachen herzurichten, da die Diensträume dieser Wachen sich nicht als Verbandstationen eignen. Hier wäre der Dienst so zu organisiren, dass von den ausgebildeten Mannschaften der Polizei eine vorläufige Versorgung ausgeführt und gleichzeitig für Herbeischaffung ärztlicher Hülfe gesorgt wird. Dies kann, wenn die Wachen mit einer Centralstation in directer Verbindung sind, unschwer erreicht werden, und gleichfalls können die erforderlichen Beförderungsmittel durch Vermittelung der Polizeiwachen auf dem genannten Wege besorgt werden. Auch hier kann für einen ärztlichen Wachtdienst durch Vereinbarung mit den Aerzten des Ortes gesorgt werden.

Da nun in den einzelnen Städten die Lage der Krankenhäuser bei deren Errichtung nach verschiedenen Grundsätzen und nach der überall verschiedenen Entwicklung des Gemeinwesens erfolgt ist, sind diese nicht überall so gelegen, dass sie dem Bedürfnisse, ärztliche Hülfe von hier aus in möglichst gleichmässiger Weise nach allen Richtungen zu entsenden, genügend entsprechen können. Da ferner die Polizei- und Feuerwachen gleichfalls nicht immer zur Aufnahme von Rettungswachen eingerichtet sind, empfiehlt sich in solchen Fällen die Gründung eigener Rettungswachen, in welchen zunächst ärztlicher Dienst eingerichtet werden muss. Die Grundsätze, nach welchen dies zu erfolgen hat, sind bereits dargelegt worden. Es sind, wie dies z. B. in München geschehen, die Verhandlungen mit den Aerzten bezüglich der Theilnahme an dem Unternehmen und Einrichtung des Dienstes vollkommen zu regeln, bevor die weitere Oeffentlichkeit in Anspruch genommen wird. Dem betreffenden Aerzteverein ist die Sorge für die Besetzung des Dienstes zu übertragen, wodurch auch eine Regelung von etwaigen Beschwerden auf collegialem Wege ermöglicht ist. Der abwechselnde collegiale Dienst kann auch wie in Leipzig hergestellt werden, indem die Aerzte Mitglieder der Rettungsvereinigung selbst sind und sich am Dienste betheiligen. Die Leitung des Gesammtdienstes auf einer Wache muss einem Arzte, Obmanne, unterstehen, welcher das Bindeglied zwischen den Aerzten und dem Vorstande des Aerztevereins bildet.

Der Dienst der Aerzte an den Wachen muss so gehandhabt werden, dass stets mindestens ein Arzt auf der Wache vorhanden ist. In denjenigen Städten, wo nur eine Centralstation, wie in Wien, Budapest, besteht, oder einige weniger grössere Stationen bestehen, wie in Paris, sind mehrere Aerzte beständig im Dienste, was in Städten mit zahl-

reichen Stationen nicht durchführbar und auch nicht erforderlich ist. Wird der Arzt nach aussen zur Hülfsleistung abberufen, so muss er vorher für Anwesenheit eines anderen Arztes in der Wache sorgen, wofür gewöhnlich besondere Dienstanweisungen vorhanden sind.

Während der Tagesdienst der Aerzte so stattfindet, dass in vorher festgesetzten Zeitabschnitten des Tages die Aerzte wechseln, ist für den Nachtdienst gleichfalls abwechselnd immer ein Arzt während einer ganzen Nacht im Dienst. Der Dienstplan für die Wachen wird zweckmässig wohl vierteljährlich von den Obmännern nach Berathung mit den diensthuenden Aerzten bestimmt. Es ist sicher am besten, dass der Arzt sich in der Wache befindet, wenngleich das System, bei welchem die Aerzte während ihres Wachtdienstes sich zu Hause aufhalten und zur Hülfsleistung von der Wache aus auf diese oder an die Unfallstelle bestellt werden, in Leipzig sich gut bewährt. Solche als Aerztenachweise angelegten Wachen waren früher auch in Gestalt einzelner Sanitätswachen in Berlin vorhanden. Pistor meint über solche Wachen: „Mir erwecken alle jene Wachräume, welche ärztliche Hülfe nachweisen, den Verdacht, dass Privatinteressen im Spiele sind, sobald lediglich ein oder zwei Aerzte zum steten Dienst auf den Ruf des betreffenden Heildieners bereit sind.“ Allerdings spricht Pistor hier vom Nachweis von nur ein oder zwei in Bereitschaft befindlichen Aerzten. In Leipzig besteht insofern ein abgeändertes und verbessertes System, als eine grössere Zahl in der Nähe der Wachen wohnender Aerzte mit den Wachen eigene Fernsprechverbindungen besitzt, so dass vorkommenden Falls der zur Zeit diensthabende Arzt schleunigst entboten werden kann.

Die Lage der Rettungswachen werde möglichst günstig gewählt, so dass sie leicht erreichbar sind. Sie sind hauptsächlich in Gegenden, wo viele grosse Betriebe sind oder auch in der Nähe von verkehrsreichen Plätzen anzulegen. Es eignen sich auch ausser den genannten Polizei- und Feuerwachen öffentliche Gebäude, Rathhaus, Eisenbahnhöfe, Markthallen zur Beherbergung von Rettungswachen, da durch den starken Verkehr an diesen Orten die Lage der Wache gut bekannt wird. Hierfür Sorge zu tragen, ist eine wesentliche Aufgabe der Leitung, denn es sollen die Wachen dem Publikum so bekannt sein, dass im Bedarfsfalle nicht erst lange gesucht wird, sondern jeder Einzelne sogleich in der Lage ist, sowohl für sich selbst oder für Andere die Hülfe der Wache in Anspruch zu nehmen. Es darf daher an Bekanntmachungen der Wachen nicht fehlen, nur müssen sich diese im Rahmen einer gewissen Beschränkung halten. Anschläge der Rettungswachen sind wie solche der Feuerwachen in den Fluren der nächstgelegenen Häuser wohl anzubringen, auch können an den Anschlagssäulen die Wachen bezeichnet werden. An öffentlichen Plätzen hat man in Berlin Candelaber mit Transparentlaternen aufgestellt, welche auf die Rettungswachen in besonders deutlicher Weise hinweisen.

In grösseren Städten, wo die Miethspreise theuer zu sein pflegen,

können die Wachen auch in Nebenstrassen in der Nähe von bedeutenden Verkehrsadern oder verkehrsreichen Plätzen untergebracht werden.

Die Wachen selbst sollen möglichst zu ebener Erde gelegen sein, damit Schwerverletzte oder Bewusstlose ohne Schwierigkeit in dieselben gebracht werden können. Der Eingang sei sowohl von der Strasse als vom Flur zu erreichen, da in einzelnen Fällen der eine, in anderen der andere Eingang besser zur Benutzung sich eignet. Wenn möglich soll der Flureingang in einen anderen Raum münden als der Strasseneingang, damit durch den Eingang von vorn ein Kranker hineingebracht werden kann, während durch den Flureingang ein eben versorgter Patient die Wache verlässt.

Jede Rettungswache muss über mehrere Räume verfügen, von welchen einer als Verbandranm, einer als Warteraum und ein dritter als Aufenthaltsraum für den Arzt dient. Weiter vorauszusehen wäre ferner ein Zimmer, in welchem Bewusstlose und auch Kranke oder Verunglückte, welche sonst der Erholung bedürfen, sich aufhalten können, ferner eine Stube für den Wärter. Das Zimmer des Arztes oder auch die Wartestube kann gleichzeitig als Kanzlei benutzt werden. Vielfach muss die Zahl der eben erwähnten Räume je nach den vorhandenen Mitteln oder auch je nach den gerade in dem gewünschten Hause zur Verfügung stehenden Räumen eingeschränkt werden. Erforderlich unter allen Umständen sind mindestens zwei Zimmer, wenn irgend angängig, drei. Sehr zweckmässig ist es natürlich, wenn die Krankenbeförderungsmittel gleich bei den Wachen bereit stehen, was allerdings, wenn eine grosse Zahl von Wachen vorhanden, wie z. B. in Berlin, mit nicht geringen Schwierigkeiten und Kosten verbunden ist. Denn wenn bei jeder Wache zwei bis drei Wagen mit den erforderlichen Pferden und Bedienungsmannschaften vorhanden sind, so werden die Kosten hierfür unverhältnissmässig grosse werden, da mit nicht viel Aufwendung mehr eine Krankentransportstation mit sechs Wagen und Pferden und Bedienung errichtet werden kann, welche dann von mehreren Wachen in Anspruch genommen werden kann. Mit anderen Worten, die Einrichtung von zwei Stationen mit je drei Wagen kostet nicht ebenso viel als die Einrichtung von einer Station mit sechs Wagen. Es besteht daher ein grosser Unterschied auch in Bezug auf die Ausführung des Rettungsdienstes, wie oben dargelegt, zwischen Städten wie Wien und Budapest, wo eine einzige Centralstation als Verband- und Transportstätte vorhanden ist, also die Krankenbeförderungsmittel gleich bei der Station eingestellt sind, und einer Stadt wie in Berlin, welche über eine allerdings übergrosse Zahl von augenblicklich 46 Stätten für erste ärztliche Hülfe verfügt.

An dieser Stelle sind die im vorigen Aufsatze von mir näher beschriebenen Krankentransportstationen zu erwähnen, welche in einer Stadt, welche mehrere Krankenhäuser hat, an verschiedenen Stellen vertheilt und mit einigen Mitteln zur ersten Hülfe ausgerüstet, auch als Rettungswachen benutzt werden können. Die Transportstationen müssen eine grössere Zahl von Wagen mit Kutschern und Begleitmannschaft und

Pferden enthalten. Für sechs Wagen dürften vier bis fünf Pferde genügen, jedoch richtet sich dies vielfach nach individuellen Verhältnissen und auch nach den vorhandenen Mitteln.

Die Wärter sollen niemals selbstständig d. h. ohne Aufsicht von Aerzten Verletzten Hülfe leisten, — mit Ausnahme von Fällen lebensgefährlicher Zustände (Blutungen, Erstickung) — wenngleich auch in dieser Hinsicht in den einzelnen Städten hiervon abweichende Bestimmungen, wie z. B. in Leipzig, wie wir nachher sehen werden, bestehen.

Bezüglich der Anzahl der Wärter auf den Wachen gilt Aehnliches wie von den Aerzten. Sie dürfen ferner die Wachen nur auf dienstliche Veranlassung verlassen, so dass ständig mindestens ein Wärter auf der Wache vorhanden ist. Die Wärter müssen in bestimmten Zeiträumen zur Erholung abgelöst werden.

Für die innere Einrichtung der Wache muss der Grundsatz maassgebend sein, dass alle vorhandenen Gegenstände leicht gereinigt, beziehungsweise desinficirt werden können, was gerade hier in hohem Maasse erforderlich ist, wo täglich viele Menschen Tag und Nacht verkehren.

Es müssen also die Räume selbst, die Wände, Fussböden, Decken, Thüren, Fensterrahmen, mit leicht waschbarem Anstrich versehen sein. Für den Fussboden empfiehlt sich auch Bedeckung mit Linoleum. Ausserdem ist für gute Lüftungseinrichtungen, Vorkehrungen für gute Erwärmung, Beleuchtung, Wasserleitung, Einrichtung zur schnellen Erhitzung von Wassser für verschiedene Zwecke durch Gas Sorge zu tragen. Nicht nur das Verbandzimmer selbst, sondern auch die übrigen Räume sind in dieser Weise herzustellen, um ergiebige Reinigungen mit Bürste, Wasser und Seife vornehmen zu können.

Die für den Rettungsdienst direct erforderliche Einrichtung soll möglichst einfach sein, wenngleich andererseits nichts fehlen soll, was irgendwie bei ersten Hülfsleistungen in Betracht kommen könnte. Es sind allerdings die Anforderungen nach dieser Richtung sehr verschiedene; immerhin ist auch hierfür allgemein gültige Regeln aufzustellen versucht worden. Im Grossen und Ganzen ist ein Verbandraum in einer Rettungswache wie ein solcher in einer Klinik im Kleinen auszustatten.

Die bereitstehenden Mittel werden in vielen Fällen den Ausschlag für Anschaffungen geben müssen. Ein einfacher Verbandtisch, Schränke für Instrumente, Verbandstoffe, Sterilisationsapparat für letztere und Instrumente, Spei- und Uringläser, Gefässe für verbrauchte Verbandstoffe werden als Geräthschaften genügen. Das Instrumentarium muss alle erforderlichen Werkzeuge enthalten. Vorsicht ist mit der Anschaffung von Kautschukgeräthschaften nothwendig, da dieselben bei längerem Nichtgebrauch schnell verderben. Kästen mit Inhalt zur Mitnahme zur Hülfsleistung nach aussen, zur Hülfe bei Vergiftungen und Sauerstoffapparate sind nicht zu entbehren. Einfache Trag- und Fahrbahren sind bereit zu halten. Gewöhnlich stellt sich nach Anschaffung der einzelnen Dinge beim Betriebe der Wache bald heraus, was noch fehlt.

Die Zahl und Art der Ausrüstungsgegenstände einer Rettungswache richtet sich nicht nur nach den vorhandenen Mitteln, sondern auch nach dem vorhandenen Bedürfniss, welches aus den vorhandenen Unfallstatistiken sehr schwer zu ermessen ist. Denn diese enthalten meistens die Zahl der in Betrieben bei der Arbeit Verletzten, während die Zahl der ausserhalb der Arbeit Verunglückten vollkommen fehlt. Und doch ist ihre Zahl keineswegs klein, wie jeder Familienarzt und Hausarzt bezeugen kann, welchem die Behandlung dieser Fälle zumeist zufällt, und welcher auch noch immer trotz aller bestehenden Rettungsstationen zur rechten Zeit bei seinen Pflegebefohlenen zur Hülfe erscheint. Die Zahl der rechtzeitig von den Aerzten, ohne Zuhülfenahme von Rettungs-, Sanitätswachen, Unfallstationen, mit erster Hülfe versorgten Patienten in einer Stadt ist überhaupt eine so gewaltige, dass dagegen die Zahlen der Fälle von Hülfsleistungen der vorhandenen Rettungseinrichtungen verschwinden müssen. Selbstverständlich giebt es keine Statistik über diejenigen zahllosen Fälle, in welchen der Arzt rechtzeitig zu einem Patienten kommt. Es werden nur diejenigen Fälle Gegenstand auch zuweilen öffentlicher Angriffe auf den Aerztestand in der Tagespresse, wo ein Arzt nicht sofort aufzufinden oder nicht in seiner Behausung anwesend gewesen. Eine vollständige Unfallstatistik überhaupt zu liefern, ist unmöglich.

Die Ausstattung der weiteren Räume der Wache wird sich der sonstigen des Verbandzimmers in Bezug auf Reichhaltigkeit je nach den vorhandenen Mitteln anschliessen. Das Arztzimmer ist einfach zu halten, da ja immer zu bedenken ist, dass es nur vorübergehendem Aufenthalte von höchstens der Ausdehnung einer Nacht dienen soll. Natürlich muss dabei für eine gewisse Bequemlichkeit gesorgt sein. Gleichfalls sehr einfach ist das Wärterzimmer zu gestalten, welches eigentlich nur in der Nacht zu benutzen ist, da am Tage der Wärter im Wachtzimmer sich aufhalten kann.

Der Warteraum kann gleichzeitig als Kanzleiraum dienen und die Fernsprechapparate aufnehmen, falls diese nicht im Arztzimmer angebracht werden. Die Dienst- und Wachtbücher sind sehr genau zu führen. Es ist der Name eines jeden diensthabenden Arztes und Wärters, sowie Angabe der Zeit, in welcher er Dienst thut, ferner im Wachtbuch genau der Name, Stand, Alter, Geschlecht der Hülfesuchenden, Bezeichnung der Zeit und des Tages, sowie Angaben über die Art der Verunglückung und der Verletzung aufzuführen, da besonders letztere sowohl für gerichtliche Zwecke, als auch für die Begutachtung für die Berufsgenossenschaften Verwerthung finden können.

Ausser diesen Räumen muss jede Rettungswache über ein Closet verfügen oder ein solches wenigstens in unmittelbarer Nähe haben. Wenn angängig, ist auch ein Baderaum vorzusehen, welcher in vielen Fällen, bei Patienten mit ausgedehnten Verbrennungen, Bewusstlosen, Nutzen haben kann.

Bezüglich der Hülfsleistung seitens der Wachen ist der in den

Satzungen fast aller Rettungsvereinigungen ausgesprochene Grundsatz zu befolgen, dass stets nur erst- und einmalige Hülfe auf den Wachen geleistet, und die Hülfe niemals von der Bezahlung abhängig gemacht werden darf. Jedoch sind Bemittelte zur Zahlung für die Hülfsleistung heranzuziehen. Die Hülfe ist inner- und ausserhalb der Wachen aber nur in dringenden Fällen zu leisten. Irgend welche Weiterbehandlung oder Privatpraxis auf den Wachen auszuüben, ist streng untersagt. Die Wache ist nur für den Rettungsdienst bestimmt.

Diese Forderung ist aus dem Grunde wichtig, weil es geschieht, dass die Rettungswachen entgegen ihrer eigentlichen Bestimmung von Kranken aller Art in Anspruch genommen werden, bei denen eilige Hülfe nicht erforderlich ist, so dass hierdurch möglicher Weise, wenn ein dringender Ruf nach aussen an die Wache ergeht, der dienstthuende Arzt behindert ist, so schnell als es nothwendig ist, zur Hülfe zu eilen. Es geschieht häufig, dass Hülfesuchende auch in nicht dringlichen Fällen, in der vielfach irrigen Voraussetzung, einen Arzt nicht schnell genug zu erreichen, sich hierum gar nicht bemühen, sondern sogleich auch in Zeiten, wo die Aerzte gewöhnlich zu Hause sind, die Hülfe der Wachen in Anspruch nehmen. Die steigende Benutzung der Wachen ist nicht etwa ohne Weiteres ein Beweis für die Zunahme der Unfälle, als der Gewöhnung des Publikums an die getroffenen Einrichtungen.

Durch diesen Missbrauch werden ferner den Aerzten die bereits oben geschilderten Schädigungen zugefügt, welche nicht ohne nachtheiligen Einfluss für die Allgemeinheit sind.

Bezüglich der Weiterbehandlung der Patienten auf den Wachen wurde bereits oben gesprochen. Sie darf, wie dies auf verschiedenen Samaritercongressen ausgesprochen worden ist, niemals erfolgen. Es verlieren sonst die Rettungswachen ihren Charakter als Stätten für erste Hülfe und werden zu Polikliniken oder Ambulatorien, deren Vermehrung nicht erstrebenswerth erscheint.

Neben den genannten behördlichen Einrichtungen der Krankenversorgung, an welche die Rettungswachen angegliedert oder durch welche sie erhalten werden können, sind die erwähnten freiwilligen Vereinigungen geeignet, das Rettungswerk einzurichten.

Die Vereine vom Rothen Kreuz haben, wie bereits hervorgehoben, ein grosses Interesse an der Herstellung des Rettungsdienstes im Frieden, die Samaritervereine haben diese Aufgabe jetzt in verschiedenen Städten als erweiterten Plan ihrer Thätigkeit aufgenommen, welche sie zuerst nicht in demselben enthalten war. Bahnbrechend nach dieser Richtung ist Assmus bei der Begründung des Leipziger Samaritervereins vorgegangen, indem er sofort die Einrichtung von Sanitätswachen in Leipzig betrieb.

Die Rettungsgesellschaften, welche in zahlreichen Städten jetzt bestehen, sind keineswegs in übereinstimmender Weise eingerichtet, sondern wohl fast in jeder Stadt, wo sie vorhanden sind, ist ihre Einrichtungen verschieden, wie sich dies leicht aus der geschichtlichen Entwicklung einer

solchen Anstalt erklärt, indem sie theils aus der Initiative hochherziger Bürger oder durch Anregung von Aerzten oder durch Zusammenfassung verschiedener bereits bestehender Einrichtungen entstanden sind. In noch anderen Orten sind Neuorganisationen des Rettungswesens geplant, so dass also die einzelnen vorhandenen Einrichtungen unter einer Aegide vereinigt werden sollen, wie z. B. in Cöln und Breslau. Während in München ein äusserlich einheitliches Verhältniss zwischen den beiden vorhandenen Gesellschaften besteht, haben in Berlin die drei bestehenden Vereinigungen vorläufig noch nicht zu einheitlichem Handeln sich zusammengeschlossen.

Am besten können Rettungsgesellschaften alle Factoren, welche für das Rettungswesen in Frage kommen, zu gemeinsamem Thun vereinigen und einen Mittelpunkt für die Wirksamkeit auf dem Gebiete der ersten Hülfe schaffen. Ein schönes Beispiel bildet die Berliner Rettungsgesellschaft, welche für die Centralisirung der Krankenhäuser, des Krankentransportes und der ärztlichen Hülfe in Berlin gesorgt hat. Wenngleich die anderen Vereinigungen, welche in Berlin gleichfalls das Rettungswerk üben, sich ihr noch nicht angeschlossen haben, so zeigt doch die Einrichtung der Gesellschaft, in welcher Weise ein gut functionirendes Rettungswesen in einer Grossstadt unter Wahrung der berechtigten Interessen aller Betheiligten herzustellen ist.

Haben die genannten Personen und Vereinigungen die Organisation, Leitung und Thätigkeit im Rettungsdienst herzustellen, so sind für die materielle Erhaltung des Rettungswesens besonders die Behörden heranzuziehen.

Pistor definirt die Pflichten der Sanitätspolizei folgendermaassen:

„Der Staat als die Vereinigung aller Gemeinwesen geringerer Ordnung (Provinzen, Bezirke, Kreise, Aemter, Gemeinden etc.) unter einer Verwaltung zur Förderung gemeinsamer Interessen hat die Pflicht, dafür zu sorgen, dass die öffentliche wie die Wohlfahrt des Einzelnen möglichst gesichert und begünstigt werde. Zu den wesentlichsten Bedingungen jener allgemeinen wie persönlichen Wohlfahrt gehört die Herstellung gesundheitsgemässer, die Beseitigung gesundheitswidriger Verhältnisse behufs Sicherung und Erhaltung der Volksgesundheit sowie Mehrung der Volkswehrkraft und des Volkswohlstandes; diesen Theil der staatlichen Fürsorge nennt man die staatliche öffentliche Gesundheitspflege und deren Ueberwachung Sanitätspolizei“.

Mehr als 100 Jahre vorher schrieb Johann Peter Frank in seinem „System einer vollständigen medicinischen Polizey“ folgende Definition:

„Begriffe von der medicinischen Polizey. Die innere Sicherheit des Staates ist der Gegenstand der allgemeinen Polizeywissenschaft; ein sehr ansehnlicher Theil davon ist die Wissenschaft, das Gesundheitswohl der in Gesellschaft lebenden Menschen und derjenigen Thiere, deren sie zu ihren Arbeiten und Unterhalt bedürfen, nach gewissen Grundsätzen zu handhaben ..... Die medicinische Polizey ist daher so wie die ganze Polizeywissenschaft eine Vertheidigungskunst, eine Lehre, die Menschen und ihre thierischen Gehülfen wider die nachtheiligen Folgen grösseren Beisammenwohnens zu schützen, besonders aber deren körperliches Wohl auf eine Art zu befördern, nach welcher solche, ohne zu vielen physischen Uebeln unterworfen zu seyn, am spätesten dem endlichen Schicksale,

welchem sie untergeordnet sind, unterliegen mögen. Seltsam genug, dass diese unserem Geschlechte täglich unentbehrlichere Wissenschaft noch bis in unsere Zeiten einen so geringen Umfang behielt, nur hier und dort stückweis, von Niemandem aber, soviel ich weiss, systematisch behandelt worden ist; — vielleicht weil man etwas spät angefangen hat, den Werth eines Menschen und die Vortheile der Bevölkerung zu berechnen, und weil diese Berechnungen erst zu den menschenfreundlichen Betrachtungen der Ursachen Anlass gegeben haben, welchen man die von manchen Gegenden beklagte Abnahme unseres Geschlechtes allenfalls zuzuschreiben hätte?"

Vielfach haben die Behörden den Rettungsdienst selbstständig durch die ihnen unterstehenden Organe eingerichtet. In fast allen anderen Orten, wo freiwillige Rettungseinrichtungen vorhanden, werden diese von den Behörden materiell unterstützt. Ferner sind zur Erhaltung des Rettungswesens die Vereine vom Rothen Kreuz, die Berufsgenossenschaften, Krankenkassen, privaten Versicherungsgesellschaften etc. heranzuziehen, da für sie diese Einrichtungen von grosser Bedeutung sind, welche wir oben gewürdigt haben.

Noch ein Wort über das Krankentransportwesen. Ich habe wohl zuerst und, ich kann wohl sagen, am intensivsten auf die Bedeutung des Krankentransportwesens besonders für die Organisation des Rettungswesens hingewiesen und oben auch einiges darüber gesagt.

Die Vorkehrungen für das Krankentransportwesen sind in zweckmässiger Weise für das Rettungswesen dienstbar zu machen. Es dürfen natürlich nicht die Wagen zur Beförderung der ansteckenden Kranken ohne Weiteres für andere Patienten mitbenutzt werden, d. h. es müssen die Wagen und das Personal, welches jene Transporte begleitet, von den anderen sorgsam geschieden werden, aber die Meldung der Transporte sowie die Bespannung der Wagen können sehr wohl gemeinschaftliche sein, d. h. von einer Stelle aus besorgt werden. Allerdings sind die Anforderungen für die Transporte von Verunglückten andere als für die Beförderung von ansteckenden oder innerlich Kranken, wie im vorigen Aufsatz geschildert.

Für die Beförderung der Verunglückten müssen genügende Vorkehrungen getroffen sein, und wenn auch in verschiedenen Städten jetzt sich diese Verhältnisse bedeutend gebessert haben, so muss doch anerkannt werden, dass noch viel zu thun übrig bleibt. In verschiedenen Städten sind Tragbahren zum Gebrauche für Jedermann an verschiedenen Stellen der Stadt aufgestellt. Selbst in alter Zeit waren in Hamburg die Tragkörbe für Beförderung Ertrunkener an bestimmten Stellen untergebracht. v. Mundy hielt es sogar für rathsam, dass in jedem Hause eine Trage aufgestellt würde. Grosse Vorkehrungen würden hierdurch sicherlich nicht erforderlich sein, denn eine Trage in jedem Hause so anzubringen, dass sie leicht erreichbar, wäre nicht schwierig. Es wäre dann bei jedem schweren Unfalle Gelegenheit, den Verunglückten schnell zu sachgemässer Versorgung fortzubringen.

Wie wichtig und auch wie als einzige Hülfsleistung bisweilen die Beförderung anzuwenden ist, beweist z. B. die Versorgung von Personen,

welche an epileptischen Anfällen leiden und von diesen auf der Strasse befallen werden. Hier ist nichts weiter erforderlich, als den Patienten aus dem Gewühl des Strassenverkehrs zu entfernen und ihn an einem geschützten Orte bis zur Rückkehr des Bewusstseins passend zu lagern. Und noch bei anderen Unfällen ist die Beförderung die Hauptsache oder sogar einzige Hülfsleistung.

Im Anschluss hieran ist zu schildern, in welcher Weise die Wagen herbeigeholt werden können, in welcher Weise überhaupt die Meldung der Unfälle geschehen muss oder kann, um die Möglichkeit zu gewähren, dass die Versorgung der Verunglückten oder plötzlich Erkrankten möglichst schnell geschieht. Das macht heute beim Vorhandensein der Fernsprecher und Telegraphen keine grossen Schwierigkeiten, wo auch immer die Einrichtungen für die erste Hülfe und Krankenbeförderung sich befinden, sei es in den Rettungswachen der Hospitäler, oder der Feuerwachen, oder der besonderen Rettungswachen, oder wie in Berlin bei der Rettungsgesellschaft, in eigenen Depots der privaten Fuhrunternehmer. Man führt von allen den Punkten, wo sich solche Vorkehrungen befinden, eigene directe Drähte zu einer möglichst im Mittelpunkte der Stadt gelegenen Stelle, „Centrale", so dass es nur eines Anrufes dieser bedarf, um einen Arzt oder Krankenwagen zu bestellen, oder falls einmal in der betreffenden Station solche nicht verfügbar wären, sofort eine andere anrufen zu können, um von dieser aus Arzt oder Wagen oder beides zu erhalten. Ferner dient die Centrale dazu, sich zu vergewissern, ob in einem Krankenhause Platz für den betreffenden Kranken vorhanden ist, indem ihr, wie dies z. B. in Berlin der Fall ist, täglich zweimal von den Krankenhäusern die freistehenden Betten gemeldet werden. Hierdurch werden dann den Verunglückten viele Unannehmlichkeiten erspart, besonders das Umherfahren von einem Krankenhause zum andern, was in grösseren Städten, besonders zu Zeiten von Epidemien, nicht zu den grossen Seltenheiten gehört. Es kann auch die Centrale dazu benutzt werden, um einem Hospitale zu melden, dass ein Patient, bei welchem ein schneller operativer Eingriff auszuführen, aufgenommen werden soll.. Während der Verunglückte sich noch unterwegs befindet, werden im Krankenhause alle Vorbereitungen zur Vornahme der Operation getroffen, so dass der Patient sofort nach seiner Ankunft versorgt werden kann.

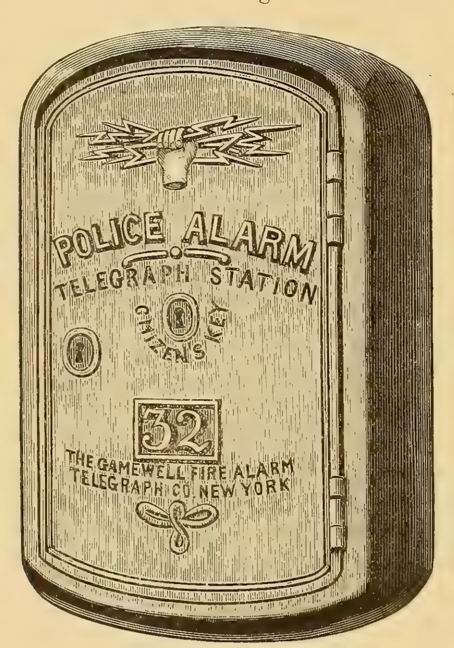
Natürlich muss auch die Centralstelle mit der Hauptverwaltungsstelle des Ortes, Polizeiwachen, Rathhaus, Feuerwehr, den Rettungswachen, eigene Fernsprechverbindung haben — falls nicht eins dieser Organe als Centrale dient —, damit gleichfalls von allen diesen Plätzen aus die Meldung von Unfällen, die Erbittung schleuniger ärztlicher Hülfe und deren sofortige Ausführung geschehen kann.

Die Anlage der Centrale in einer Stadt hat nach sehr verschiedenen Gesichtspunkten zu erfolgen. Es kann ein Krankenhaus oder eine Feuer-, Polizei- oder Rettungswache oder auch eine Krankentransportstation, deren Schaffung ich oben erörtert, als Centrale je nach der eigenen Lage, und

je nach der Lage der verschiedenen Factoren, welche für das Rettungswesen, wie wir gesehen, wichtig sind, dienen. In einzelnen Städten befinden sich die Hospitäler über das Weichbild zerstreut, in anderen sind sie mehr in der Peripherie angeordnet, während die Mitte der Stadt ziemlich frei von ihnen ist, kurz es ergeben sich hierfür zahlreiche Verschiedenheiten, welche stets für die Errichtung der Centrale zu berücksichtigen sind. In einzelnen Städten ist nur ein grosses Krankenhaus vorhanden. Auch in diesem erscheint die Anlage einer Centrale nicht entbehrlich, da mit ihr die anderen für den Dienst wichtigen Stellen verbunden werden müssen.



Abbildung 7.



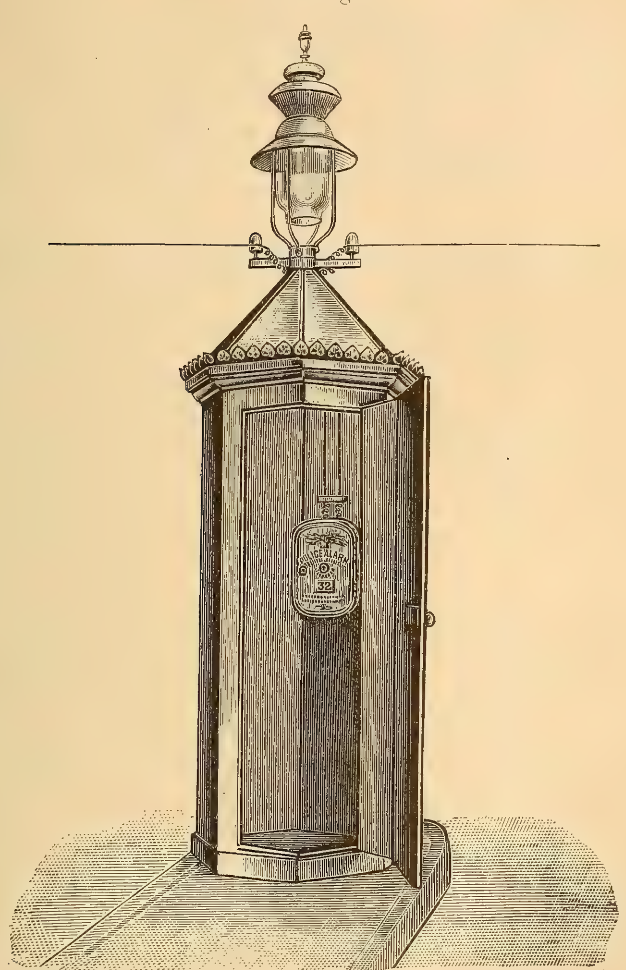

Melder der Gamewell Fire Telegraph Company New York.

Noch in anderer Weise sind die besonders auf der Strasse vorkommenden Unfälle den zur Hülfe vorbereiteten Stellen zu melden, und dies kann durch die öffentlichen Feuermelder geschehen, sei es, dass dieselben ohne weitere Aenderung hierfür benutzt werden, indem ein bestimmtes Signal für Feuer, ein anderes für Unfallmeldung benutzt wird, und dann die Nachricht, wenn die Feuerwehr nicht am sanitären Rettungsdienst direct betheiligt ist, an die betreffende Stelle weiter gegeben wird. Einfacher ist das Verfahren, wenn eigene Unfallmelder nach Art der Feuermelder vorgesehen sind. Sie können dann auch, wie dies neuerdings geschehen ist, an einem Apparat vereinigt sein, so dass ein Theil des Apparates für die Feuer-, der andere für die Unfallmeldungen

functionirt, wie dies z. B. in Königsberg i. Pr. und einzelnen anderen Städten geschieht. Solche Apparate waren auf der internationalen Ausstellung für Feuerschutz in Berlin 1901 ausgestellt. Um Verwechselungen vorzubeugen, könnte die Leitung so eingerichtet werden, dass die Feuermeldung der Feuerwehr, die Unfallmeldung den hierfür vorhandenen



Abbildung 8.




Melder der Gamewell Fire Telegraph Company New York.

Einrichtungen zugeht. Eigenartig sind die hierfür von der Gamewell Fire Telegraph Company New York hergestellten Geräthe, von welchen einige hier abgebildet sind. Der eine Apparat stellt den Kasten dar, welcher aufgeschlossen wird, um die Nachricht weiterzugeben, der zweite ist ein kleines Haus, in welchem die Meldung ungestört vom Lärm der Strasse durch Fernsprecher weitergegeben werden kann.

In Bremen sind säulenförmige Meldeapparate für Feuer und Unfall hergestellt. In Paris besteht eine Gesellschaft zur Aufstellung ähnlich gestalteter Apparate auf den Strassen.

## 2. Einrichtung des Rettungswesens in kleineren Städten und auf dem flachen Lande.

Hier kommen andere Vorkehrungen in Betracht als in einer Grossstadt, weil diejenigen Verhältnisse, welche für die Einrichtung erster Hülfe in Frage kommen, hier ganz andere sind als dort. Zunächst ist die Zahl der Aerzte viel geringer, und wenn auch in heutiger Zeit wohl kaum an irgend einem Orte in Deutschland — oder im Auslande — über Mangel an Aerzten geklagt werden kann, so sind sie hier im Verhältniss doch viel dünner gesät als in den grossen Städten. Ich habe in einer Zusammenstellung über die in den einzelnen Provinzen Preussens und den anderen Bundesstaaten vorhandenen Aerzte, welche 1891 erschien, gezeigt, dass besonders der Osten von Deutschland ärztlicher Hülfe entbehrt. Und in gleicher Weise zeigte sich bei meiner Zusammenstellung über die in den einzelnen Städten Deutschlands vorhandenen Rettungs- und Samaritereinrichtungen, dass wiederum der Osten am wenigsten mit solchen bedacht ist. Während also eigentlich im Osten nach letzterer Richtung am meisten gesorgt sein müsste, weil hier wegen der geringeren Zahl von Aerzten Hülfe in Nothfällen schwieriger erreichbar, findet das Gegentheil statt: Bei der geringeren Zahl von Aerzten sind auch weniger Rettungseinrichtungen in den Orten vorhanden.

Während in einer kleinen Stadt, wo ein Krankenhaus vorhanden, der Rettungsdienst ganz gut von diesem ausgehen kann und auch vielfach ausgeht, ist eine ganz andere Organisation auf dem Lande erforderlich. In einer kleineren Stadt sind auch noch relativ viel Aerzte zur Verfügung, welche allerdings nicht immer zu Hause oder in der Stadt sind, da die Ausübung der Landpraaxis sie oft auf viele Stunden von ihrem Wohnorte wegruft. Es muss daher auch hier eine gewisse Regelung für die erste Hülfe bestehen, und dafür sind die freiwilligen Organisationen zu benutzen, welche in den kleinsten Orten Mitglieder haben, die Vereine vom Rothen Kreuz, die Samaritervereine und die freiwilligen Feuerwehren. Man hat in manchen kleineren Ortschaften Meldestellen für erste Hülfe bei Mitgliedern dieser Vereinigungen errichtet, wie dies bei der freiwilligen Feuerwehr zur Meldung von Bränden häufig der Fall ist. Ferner können auch die Gasthäuser und die Wohnungen von bekannten Personen, der Gutsherren, Lehrer, als Meldestellen und gleichzeitig zur Unterbringung der nothwendigsten Hülfsmittel benutzt werden. Das Hauptaugenmerk ist hier in noch höherem Maasse als vorher auf die Bereitstellung von Krankentransportmitteln zu richten, denn es ereignen sich Unfälle sehr häufig weit entfernt von menschlichen Wohnungen, wo dann erforderlich ist, nach Anlegung eines Nothverbandes den Patienten so schnell als möglich ärztlicher Versorgung

zuzuführen. Auf dem Lande können Räderbahren, die an genannten, allgemein bekannten Stellen stehen, gute Dienste leisten, obwohl sie das Vorhandensein einigermaassen guter Wege voraussetzen. Ferner ist auch die von mir angegebene Transportvorrichtung auf dem Lande zu verwenden, welche auf Wagen aller Art ohne Weiteres anzubringen ist. Geschieht der Unfall mitten auf dem Felde, so wird der Verunglückte am besten auf einen mit Stroh gepolsterten Feldwagen gelegt und dem nächsten Arzte oder seiner Wohnung zugeführt. Die Improvisation ist hier sehr ausgiebig zu benutzen, weil es unmöglich ist, überall die für die erste Hülfe erforderlichen Geräthschaften sofort bei der Hand zu haben. Hier zeigt sich der Werth der von Laien auszuführenden Hülfe deutlich, indem sie hier das zu leisten hat, was oben ausführlich dargelegt wurde.

## II. Rettungswesen auf und am Wasser.

Bei der folgenden Schilderung der Organisation von Einrichtungen zur ersten Hülfe für einzelne Specialgebiete wird eine Beschreibung der Einrichtungen dieser in einzelnen Ländern und Ortschaften sich nicht umgehen lassen, so dass die Darlegungen der Vorkehrungen zur ersten Hülfe für diese Gebiete (Wasser, Eisenbahn, Gebirge, Bergwerke) bereits in diesem allgemeinen Theil erfolgt, während im speciellen die Organisationen für erste Hülfe in den einzelnen Ländern und Orten ohne diese genannten erwähnten zu erläutern sein werden.

### 1. Rettung aus Wassergefahr auf und an dem Meere.

#### a) Auf dem Meere.

Zu diesem Zwecke sind jetzt viele Geräthschaften angegeben worden, welche dazu dienen sollen, Personen im Falle eines Schiffsunfalles zu retten. Einzelne waren in verschiedenen Ausstellungen in den letzten Jahren ausgestellt und erscheinen erwähnenswerth, um zu zeigen, nach welcher Richtung sich die verschiedenen Versuche bewegten, nicht um ein Urtheil über den Werth der betreffenden Apparate abzugeben, deren Brauchbarkeit sich bei einzelnen erst erweisen muss. Bekannt für Rettung aus Ertrinkungsgefahr sind seit alten Zeiten die Rettungsringe, welche aus verschiedenen Stoffen, Kork, luftgefüllten Schläuchen, hergestellt werden. Für gewöhnlich ist ein Ring für eine Person bestimmt, oder aber ein solcher Ring kann, wenn, wie dies jetzt wohl fast immer der Fall ist, durch Korkschwimmer an der Wasseroberfläche gehaltene Leinen am Ringe befestigt sind, mehreren Personen zum Festhalten dienen, bis sie von Booten oder vorüberfahrenden Schiffen aufgenommen werden. Ein Rettungsring „Lubeca", dessen äusserer Durchmesser 2 m beträgt, enthält im Innern ein Netz, welches hauptsächlich zur Aufnahme von Frauen und Kindern bestimmt ist, ausserdem die erwähnten, mit Korkschwimmern gehaltenen Greiftaue. Der Ring soll nach angestellten Versuchen 40 Personen aufnehmen können, und zwar 16 im Netz und 24 aussen. An den Seiten des Ringes sind Wellendämpfer (Oelbeutel) an-

gebracht, welche die schweren Seeen von den im Wasser befindlichen Personen abhalten. Auch Proviant, Wasser und Signalapparate sollen in dem Ring mitgenommen werden können, so dass er mehr Sicherheit wie ein Boot bieten soll, welches leicht vollschlagen und sinken kann.

Die Verwendung des Oeles zum Beruhigen schwerer Wellen ist mehrfach versucht worden. Ein Oelgeschoss für diesen Behuf ist in Blankenese hergestellt worden, durch welches das Oel auf eine Entfernung von 150—200 m gegen Wind, Strom und Seegang zur Vertheilung gebracht werden soll, was bisher auf Schwierigkeiten stiess.

Auch in Bezug auf die Rettungsboote sind jetzt mehrfache Aenderungen versucht worden, weil sie häufig beim Herablassen vom verunglückten Schiffe an diesem selbst zerschellen. Der schwedische Ingenieur v. Anrep hat ein Boot hergestellt, welches völlig verschliessbar ist. Die Schiffbrüchigen begeben sich in das auf Deck stehende Boot und werden mit diesem ins Wasser geschoben. Eine andere Neuerung auf diesem Gebiete rührt von Schneemann-Bremen her. Es handelt sich um eine Neuerung der Einrichtung zum Aussetzen oder zum Aufnehmen der Boote von und an Bord grösserer Seeschiffe, wobei die Boote bereits vor ihrer Auslösung aus ihren Befestigungen von den unterzubringenden Personen besetzt werden, und ferner durch eine einfache Hebelbewegung unbeschadet einer geneigten Lage des Schiffsdeckes mit Dampfkraft oder Handbetrieb in weiter Auslage ausserbords gebracht und völlig frei von der Schiffswand zu Wasser gelassen werden können. Sobald das Boot das Wasser berührt, entledigt es sich selbstthätig und vollkommen sicher aller Verbindung mit dem zu verlassenden Schiffe, wodurch es sich unschwer aus dem Bereiche desselben entfernen soll.

Für die Rettung der Personen selbst sind Geräthe angegeben worden, welche auf dem Grundsatze beruhen, dass sie im Augenblick der Gefahr sich selbstthätig für den Gebrauch fertig machen. Die beiden hier zu erwähnenden Apparate rühren von von der Ropp-Berlin und von dem österreichischen Oberleutnant v. Irsay her. Bei ersterem füllt sich ein vorher leerer Gummibeutel selbstthätig mit Gas, sobald der Apparat unter Wasser taucht, sobald also die Person, welche ihn trägt, ins Wasser gelangt ist. Das Gas befindet sich in einem Glasfläschchen, welches durch die Einwirkung des Wassers auf mechanischem Wege zerbricht. Der aufgeblähte Gummibeutel hält den Schiffbrüchigen über Wasser. Der Apparat von Irsay hat die Grösse einer Brieftasche. Zum Tragen der Person dient ein Kissen, welches sich aufbläht, sobald eine Wassersäule von ein Meter Höhe auf das Ventil des Apparates, welches durch ein Stück Zucker geschlossen ist, drückt. Der Zucker schmilzt, das Wasser dringt in den Apparat und entwickelt aus hier vorhandenen Stoffen Gase, welche das Kissen füllen, so dass dieses den Träger über Wasser hält.

Um die Passagiere während einer Seefahrt zu unterrichten, was sie im Falle eines Unfalles zu thun haben, sollen dieselben nach Livonius belehrt werden, welche Vorrichtungen für sie bei einem Seeunfalle vor-

gesehen sind, und wie sie sich an den Rettungsbooten aufzustellen haben. Auch sollen Uebungen mit ihnen während der Fahrt abgehalten werden. Ob bei einem wirklich stattfindenden Unfalle die Passagiere sich nach den eingeübten Vorschriften verhalten werden, ist, wenn man die Verwirrung berücksichtigt, welche in solchen Fällen in noch höherem Maasse als bei Unglücksfällen zu Lande vorhanden ist, wohl zu bezweifeln. Die Erfahrung lehrt, dass gerade bei Schiffsunfällen die Rücksichtslosigkeit der Einzelnen, ihr Leben zu retten, oft eine sehr grosse ist, wodurch nicht nur die eigene Rettung, sondern auch die der Umgebung in hohem Maasse gefährdet wird. Besonders wird die Rettung in vielen Fällen durch die Anwesenheit von Frauen und Kindern erschwert, und wenn auch das Schiffspersonal häufig in aufopfernder Weise sich an der Rettung der Anderen betheiligt, so ist doch nicht selten, dass durch Unverstand Einzelner das Rettungswerk Aller in Frage gestellt wird. Bei einem Schiffsbrande auf hoher See z. B. hängt viel von der Person des Kapitäns und seiner Leute ab, dass die in jedem Falle einzeln zu bestimmenden Maassnahmen angegeben und ausgeführt werden. Einübungen von solchen Dingen lassen sich wohl mit Erfolg bei der Kriegsmarine, weniger aber bei Passagieren von Dampfern und Schiffen der Handelsmarine ausführen. Von Werth ist wohl bei solchen Uebungen, dass die Personen einen Einblick in die mannigfachen Rettungseinrichtungen des Schiffes erhalten und vielleicht im Ernstfalle nicht zu sehr den Kopf und die ruhige Ueberlegung verlieren, sondern sich den Befehlen des Kapitäns und seiner Officiere fügen.

### b) Rettung an den Meeresküsten (Küstenwehren).

Ihre Einrichtung reicht ziemlich weit zurück, und zwar hat auch hierin Holland, das Land, in welchem die ersten organisirten Einrichtungen zur Rettung Verunglückter überhaupt getroffen wurden, den Vorrang, obwohl auf die auf S. 508 erwähnte Einrichtung des Bischofs von Durham hier hinzuweisen ist. Die in den einzelnen Ländern auf diesem Gebiete vorhandenen Einrichtungen werden im Zusammenhange erörtert werden. Im Allgemeinen ist zu sagen, dass Einrichtungen zur Rettung von Schiffbrüchigen an den Seeküsten der meisten civilisirten Länder, welche Meeresstrand besitzen, bestehen. Fast überall haben sich freiwillige Gesellschaften für diesen Zweck gebildet, welche in aufopfernder Weise seit Jahren diesen Zweig des Rettungswesens organisirt haben, indem an einzelnen Ortschaften an der Küste Rettungsstationen errichtet wurden, welche mit Signalapparaten ausgerüstet sind. Sobald ein Schiff sich in Noth befindet und dies der am Lande befindlichen Station, auf welcher beständiger Wachtdienst eingerichtet ist, durch die international festgestellten Zeichen anzeigt, oder auch, sobald von der Station ein Schiffsunfall oder drohendes Unglück, auch ohne dass ein Zeichen erfolgt, bemerkt wird, fährt das mit der Rettungsmannschaft besetzte Rettungsboot heraus, um Hülfe zu bringen, oder es werden die auf den Stationen vorhandenen Raketenapparate benutzt, um zunächst durch Abschiessen einer

Rettungsleine eine Verbindung mit dem gefährdeten Schiffe herzustellen und dann weiter mit Hülfe verschiedener Geräthschaften die Mannschaft des Schiffes an Land zu bringen. Auch seitens des Rettungsbootes wird, falls es nicht wegen hohen Seeganges an das Schiff herankommen kann, versucht die Verbindungsleine auf das Schiff hinüberzuschiessen. Die in den einzelnen Ländern hierfür vorhandenen Apparate sind im Allgemeinen einander ziemlich ähnlich. Nur haben sich einzelne Verschiedenheiten mit der Zeit herausgebildet. Vorhanden sind jetzt Gesellschaften zur Rettung Schiffbrüchiger in Europa in Deutschland, Dänemark, England, Frankreich, Norwegen, Schweden, Russland, Türkei, Spanien, ferner in den Vereinigten Staaten von Nordamerika, Japan. Die den Dienst versehenden Mannschaften sind in der Leistung der ersten Hülfe ausgebildet.

Folgende wichtigere Gesellschaften zur Rettung Schiffbrüchiger einzelner Länder sind zu erwähnen:

Die Deutsche Gesellschaft zur Rettung Schiffbrüchiger. Sie „hat die allseitige Beförderung des Rettungswesens an den Deutschen Küsten der Nord- und Ostsee zu ihrer Aufgabe.“ Am 2. März 1861 constituirte sich der erste Verein zur Rettung Schiffbrüchiger in Deutschland in Emden, 1863 bildete sich der Bremische Verein mit gleichem Ziel, und am 29. Mai 1865 wurde die Deutsche Gesellschaft begründet. Seit ihrer Errichtung wurden 2817 Personen gerettet. Von diesen wurden 2414 in 424 Strandungsfällen durch Boote, 403 in 80 Strandungsfällen durch Raketenapparate geborgen. Im Rechnungsjahre 1900/01 waren die Stationen 14 mal mit Erfolg thätig und retteten 100 Menschenleben durch Boote aus Seenoth. Eine besondere Stiftung der Gesellschaft, die Laeisz-Stiftung, besitzt ein Capital von 131 100 Mk. Die Zinsen werden zur Vertheilung von Diplomen, Medaillen oder Geld als Belohnung von Rettungen verwendet. Im letzten Jahre wurden für die Rettung von 235 Menschen Preise vertheilt. Seit ihrer Begründung hat die Gesellschaft rund 7 280 000 Mk. Einnahmen gehabt und hat jetzt rund 53 500 Mitglieder, deren Jahresbeiträge 150 000 Mk. betragen. Im Ganzen sind 120 Rettungsstationen vorhanden, 76 an der Ostsee und 44 an der Nordsee. 54 sind Doppelstationen, ausgerüstet mit Boot und Raketenapparat, 50 Boots- und 16 Raketenstationen.

Die Stationen haben zum Theil Fernsprechverbindungen. Die Gesellschaft hat im ganzen Reiche Zweigvereine, denen als Bezirksvereinen die Sammlung von Geldmitteln obliegt.

Die Dänische Gesellschaft, welche vom Ministerium des Innern in Kopenhagen ressortirt, begann ihre Thätigkeit am 20. April 1851. Es waren Ende 1897 an der Westküste Dänemarks — nur an dieser bestehen Rettungsstationen — und den Inseln 49 Rettungsboote vorhanden. Die Zahl der Stationen beträgt im Ganzen 57, von welchen 12 nur mit Booten, 9 nur mit Raketenapparaten ausgerüstet sind. Vom 1. Januar 1852 bis 31. März 1897 wurden 6615 Personen von 875 Schiffen gerettet. Die Küstenbevölkerung und Fischer retteten ausserdem 460 Menschen. Die Mittel der Gesellschaft, welche durch freiwillige Beiträge aufgebracht

werden, sind sehr bedeutende. 1897/98 betrugen sie rund 137000 Kronen. Die Stationen sind zum grössten Theil durch Fernsprecher, einzelne auch durch Telegraph miteinander verbunden, um im Falle der Noth sich gegenseitig unterstützen zu können.

Die Société centrale de Sauvetage des Naufragés in Frankreich wurde 1865 mit dem Zweck begründet, Schiffbrüchigen und den Opfern der Unfälle zur See an der gesammten Küste Frankreichs, Algiers und Tunis Hülfe zu bringen. Mehr als 500 Rettungsposten sind an den Küsten, von denen 77 Kanonenstationen sind. Bis zum 1. März 1900 betrug die Zahl der geretteten Personen 11 727, die Zahl der geretteten Schiffe 1084. Auf den Stationen sind auch Leinenapparate, welche mit Gewehr abgeschossen werden.

Die seit 1824 bestehende Royal National Life-Boat Institution in Grossbritannien besitzt als Rettungsboote auch kleine Dampfer und ferner auch verschiedene Arten von Rettungsruderbooten. Die Geräthschaftshäuser etc. haben das gleiche Aussehen wie in anderen Ländern. Im Jahre 1899 sind 609 Lebensrettungen zu verzeichnen, seit Bestehen der Gesellschaft 41 842. Im Ganzen sind in England 290 Rettungsboote vorhanden.

Die Noord-en Zuid-Hollandsche Redding-Maatschappij ist die älteste Gesellschaft zur Rettung Schiffbrüchiger. Sie besteht seit 11. November 1824 und bezweckt durch Bereitstellung geeigneter Mittel am Strande die Küstenbewohner in den Stand zu versetzen, Versuche zur Rettung Schiffbrüchiger zu unternehmen. Bis zum Ende des Jahres 1900 wurden 3966 Personen gerettet.

Norwegen besitzt eine Anzahl von den Behörden eingerichteter Stationen zur Rettung Schiffbrüchiger, welche aus einem Holzschuppen mit Rettungsapparaten bestehen. Ferner ist an einzelnen Stellen ein Bootsschuppen mit Rettungsboot bereit. Dieser Dienst wird ergänzt durch die seit 1891 wirkende Norsk Selskab til Skibbrudnes Redning. Diese Gesellschaft hat Rettungsboote an der Küste aufgestellt und Rettungsapparate vertheilt. Sie besitzt 13 Rettungsboote. Als Rettungsboot wird die „Redningsköite“, Rettungsschute, von Collin Archer, dem Erbauer des Nansen'schen Schiffes „Fram“ benutzt. Die Boote enthalten Raketenapparate, welche sonst in Stationen an der Küste stehen. Das Rettungswerk ist wegen der örtlichen Verhältnisse der Küste sehr erschwert. In Christianiafjord sind drei offene Wachtboote zur Hülfe von verunglückenden Vergnügungsseglern bereit gestellt.

In Portugal besteht das Instituto de Soccorros a Naufragos, welches unter Aufsicht der Regierung steht, obwohl es private Einrichtung ist. Es sind 19 Rettungsstationen in Portugal, Azoren, Madeira vorhanden, welche mit Rettungsbooten, Raketenwagen und Raketengewehren ausgerüstet sind.

Die Kaiserlich Russische Gesellschaft zur Rettung von auf dem Wasser Verunglückten hat ihre Thätigkeit an der Küste des Schwarzen Meeres, besonders im Hafen von Odessa. 1898 wurden

43 Ausfahrten ausgeführt, wobei 142 Menschen das Leben gerettet wurde, davon 21 im Hafen von Odessa. Eine weitere Station wird für auf dem Flusse Ertrunkene errichtet. Die Gesellschaft bezweckt „Menschen zu retten, welche ins Wasser gefallen sind, und Maassregeln zu ergreifen, um Menschen und Schiffe vor Unglück auf dem Wasser zu schützen und die Ursachen der Gefahren zu beseitigen". Um dieses zu erreichen, baut und unterhält die Gesellschaft Rettungsstationen, Raketenstationen, Wachen am Meere, an Seen, Flüssen. Sie prüft die Tiefe der Seen und Flüsse Russlands, wo sich besonders Unglücksfälle ereignen. Auch diese Gesellschaft verleiht Belohnungen für Rettungen.

Die Gesellschaft untersteht dem Marineministerium. Zur Rettung Schiffbrüchiger sind im Schwarzen Meere an der Küste Europas 7 und an der asiatischen 8 Rettungsstationen errichtet. Das Personal besteht aus 4 Europäischen Instructoren, 4 Türkischen Capitänen und 2 Aerzten. Letztere haben die Kranken zu behandeln, sich bei einem Schiffsunglück an die Unfallstelle zu begeben, die Verunglückten zu versorgen und die Materialien in gutem Zustande zu erhalten.

In Schweden gehört die Rettung Schiffbrüchiger zum Dienst der Lootsenahtheilung. Anstoss zur Errichtung der Stationen gab ein Schiffsunglück am 17. December 1852 zu Sandhammar. Nach vorberathenden und vorbereitenden Schritten wurden die ersten Stationen 1856 eröffnet. An der Küste Schwedens waren Ende 1898 vorhanden 12 Rettungsboote und 11 Raketenapparate. Seit Bestehen der ersten Rettungsstation 1856 bis Ende 1898 wurden 2164 Menschenleben vom Ertrinkungstode gerettet, davon 709 mit Rettungsboot und 101 mit Raketenapparat. 53 Schiffbrüchige und 8 Personen der Rettungsmannschaft fanden den Tod.

Die Sociedad Espanola de Salvamento de Naufragos hat an den Küsten von Spanien und von Inseln eine grosse Zahl von Rettungsstationen. Auch diese Gesellschaft verfügt über ein beträchtliches Vermögen.

In Aussereuropäischen Ländern ist besonders in den Vereinigten Staaten ausgiebig für die Rettung Schiffbrüchiger gesorgt. Der Life-Saving Service gehört zum Treasury Department in Washington. Die Meeres- und Seeküsten der Vereinigten Staaten mit Ausnahme der Küste von Alaska besitzen eine Länge von mehr als 10 000 Meilen. Die 210 Rettungsstationen sind mit allem erforderlichen Material für die Rettung Verunglückter ausgerüstet. Das Amt des Generaldirectors befindet sich in Washington. Von 1889—1897 wurden 6735 Personen von gestrandeten Schiffen gerettet. Die Rettungsboote sind nach Englischem Muster gebaut. Im Jahre 1899 betrug die Zahl von Schiffsunfällen, bei welchen die Gesellschaft in Thätigkeit trat, 428. An Bord der Schiffe waren 3903 Personen, von welchen 56 untergingen.

In Montevideo sind zwei Bergungsgesellschaften, welche sich auch die Rettung Schiffbrüchiger angelegen sein lassen.

In Japan ist eine Privatgesellschaft zur Rettung Schiffbrüchiger, Dainippon suinan kiusei kwai, seit 13 Jahren in Thätigkeit. Sie

hat 25 Rettungsstationen mit Aussichtsthurm und ständiger Tag- und Nachtwache. Die Gesellschaft erhält von der Regierung einen jährlichen Zuschuss. Ihr Zweck ist die Rettung von Menschenleben und von Eigenthum bei Schiffsunglücken in der Nähe der Japanischen Küste. Die Geschäftsstelle ist in Tokio, Sojuro-cho (Strasse) No. 10. An den Küsten, wo öfters Schiffsunfälle sich ereignen, müssen Rettungsvorkehrungen, Aussichtsthurm und Rettungsboote vorhanden sein. Mitglieder, welche sich mit eigener Gefahr der Rettung widmen, erhalten ein besonderes Zeichen. Diejenigen, welche Verletzungen erhalten haben, erlangen materielle Unterstützung von der Gesellschaft. Wer zuerst ein Schiffsunglück meldet, erhält eine Geldbelohnung. Im ganzen Land sind Zweigvereine vorhanden. Die Satzungen und Dienstanweisungen für alle Beamte der Gesellschaft sind sehr genau und ausführlich abgefasst.

Bei Schiffsunfällen muss das betreffende Ortsoberhaupt die Hülfeleistungen beaufsichtigen, die Bürgerschaft zum Helfen aufrufen. Ferner müssen Aerzte zur Hülfe geholt werden. Kein Bürger darf seine Hülfe, wenn er vom Oberhaupt gerufen wird, verweigern. Die Rettung darf nicht gegen den Willen ausgeführt werden, mit Ausnahme des Falles, dass der Capitän nicht genügend für die Rettung seiner Leute gethan oder üble Absicht hat. Die beim Schiffbruch geretteten Sachen müssen vom Oberhaupt aufbewahrt werden, Postsachen sind schnell dem nächsten Postamte zu übergeben. Das Oberhaupt kann gerettete Sachen, ferner Gegenstände, welche nicht lange aufbewahrt werden können oder dadurch entwerthet werden etc., verkaufen und das Geld einige Zeit aufbewahren. Wer dem Anruf des Oberhauptes zur Rettung nicht Folge leistet, wird mit 100 Mk. Geldstrafe bestraft. Gleichfalls werden diejenigen bestraft, welche den Befehlen bei den Rettungsarbeiten nicht folgen oder die Rettungsarbeiten stören.

## 2. Rettung aus Wassersgefahr an Binnenwässern.

### a) Wasserwehren.

Die Wasserwehren dienen zum Schutz des Lebens und Eigenthums bei Ueberschwemmungen durch Austritt von Flüssen, Binnenseen etc.

Sie sind vorzugsweise in Deutschland und Frankreich organisirt, und zwar freiwillige Wasserwehren in Hirschberg in Schlesien und Dannenberg an der Elbe, während eine Kreiswasserwehr im Kreise Marienburg in Westpreussen besteht. Ausserdem sind in Hadersleben Vorkehrungen ähnlicher Art getroffen. Um ein Muster für die Organisation dieses Rettungsdienstes zu geben, sollen die genannten Einrichtungen geschildert werden.

Die Wasserwehr in Hirschberg wurde auf Veranlassung der Regierung nach der grossen Wasserkatastrophe im Jahre 1897 begründet. Es wurden hauptsächlich ehemalige Pioniere, Matrosen, Seesoldaten aufgefordert, zu einer solchen Wehr zusammenzutreten. Die Wehr wurde mit 21 Mann errichtet. Sie besteht aus Bürgern, die es sich zur

Aufgabe gestellt haben, bei eintretender Wassersgefahr in Hirschberg und der nächsten Umgebung geeignete Hülfe zu leisten. Diese Hülfe geschieht auf Erfordern der Polizeiverwaltung. Alle Ausrüstungsgegenstände erhielt die Wehr von der Stadt. Es sind zwei vollständig ausgestattete Pontons genau nach dem Muster der bei den Pionieren gebräuchlichen, die zum Transport derselben nothwendigen Hakets, und ein eiserner Nachen vorhanden, welcher aber nur an überschwemmten Stellen mit geringer Strömung zu verwenden ist. Jeder Ponton enthält 4 Staken, 4 Ruder, 1 Steuer, 5 eiserne Rudergabeln, 1 Hakenstaken, 2 Belagbretter, Anker mit 5 m langem Tau, Schnürleinen, Treidelleinen, Rettungsringe und -bälle. In jedem Haket befindet sich ein Werkzeug- und ein Verbandkasten mit erforderlichen Verbandmitteln. Jedem Fahrzeug ist ein Sanitätsmann zugetheilt. Die Mannschaften sind mit Joppe, Hose, Gürtel mit Ring und Mütze mit Nackenschutz bekleidet. Die Wehr hat Dienst, welcher wie bei den Pionieren gehandhabt wird. Die Pontons können auch durch besondere Vorkehrungen zusammengeschlossen werden.

Die „freiwillige Wasserwehr“ des Turnvereins in Dannenberg ist etwa 40 Mann stark und uniformirt. Sie hat 3 Holz- und 2 eiserne Boote. Die Wehr „hat den Zweck, bei eintretender Wassersnoth Leben und Eigenthum der Bewohner der Stadt Dannenberg zu schützen und zu retten“. Die geschäftlichen Angelegenheiten der Wehr leitet der Vorstand des Turnvereins, dessen Mitglieder, falls sie körperlich geeignet, zum Eintritt in die Wehr berechtigt sind.

Eine besondere Art einer solchen Einrichtung besteht als Kreiswasserwehr seit 1893 im Kreise Marienburg in Westpreussen. Nachdem das aus dem Jahre 1888 bestehende Hülfscomité für die Ueberschwemmten der Provinz Westpreussen in seiner anfangs der neunziger Jahre stattgehabten Schlusssitzung den Restbestand des Ueberschwemmungsfonds dem Oberpräsidenten zur Verwendung für Wasserwehren innerhalb der Provinz überwiesen hatte, wurde zunächst die Bildung einer freiwilligen Wasserwehr im Kreise Marienburg ins Auge gefasst. Diese Absicht konnte aber nicht verwirklicht werden, und es wurde daher am 16. September beschlossen,

> „die Wasserwehr als eine besondere, durch Reglement zu regelnde Einrichtung des Kreises ins Leben zu rufen und die Unterhaltung der Wasserwehr auf den Kreis zu übernehmen“.

Nach diesem Beschlusse geschah die Einrichtung von 8 Wasserwehrstationen in Baarenhof (Rothebude), Neuteicherwalde, Tiegenhof, Schadwalde, Wernersdorf, Marienburg (Nogatbrücke), Thiensdorf (Rückforth) und Reichhorst (drei Rosen). Für jede Station sind zur Bedienung der Pontons u. s. w. 18 Personen erforderlich, welche sachgemäss ausgebildet werden. Für die Theilnahme an den Uebungen erhalten die Mannschaften ein Stundengeld. Die Marienburger Wehr hat eine Art Uniform, bestehend aus Drillichblusen, Mütze und Brotbeutel. Nach dem bestehenden „Reglement“ ist die „Kreiswasserwehr“ eine Einrichtung des Kreises Marienburg. Sie bezweckt die Hülfeleistung bei Wassersnoth

und bei sonstiger „allgemeiner Gefahr“. Jede Station besitzt zwei Stahlblechpontons, einen Handkahn und erforderliche Ausrüstungsgegenstände. An der Spitze jeder Station steht ein Kommandant und ein Stellvertreter, welche ehrenamtlich thätig sind. Als Wasserwehrmänner werden nur gesunde, kräftige Personen, welche möglichst in der Nähe der Station wohnen, angenommen. Die Kosten für die Unterhaltung der Wehr trägt der Kreis.

b) Rettung an Flüssen Verunglückter.

An einzelnen Orten sind Vorkehrungen zur Rettung auf dem Eise Verunglückter und Maassnahmen zur Rettung Ertrunkener an den Flussläufen, Rettungsleitern, Rettungsgürtel, Rettungsbälle und Rettungsringe, ferner Rettungskähne mit Stangen, welche an den Brücken und sonst zugänglichen Stellen an den Flüssen und in Badeanstalten innerhalb der Städte befestigt sind, getroffen. Assmus in Leipzig hat mit Recht darauf hingewiesen, dass die Bälle von im Wasser befindlichen Personen schwer zu erfassen sind, und empfahl an deren Stelle Ringe, welche an Schnüren befestigte Korkstücke tragen, durch welche die Leinen auf dem Wasser schwimmend erhalten werden. Hierdurch ist es ermöglicht, dass eine im Wasser befindliche Person viel leichter einen Anhalt gewinnen und sich auf dem Wasser halten kann. Es ist in der Folge in Berlin ein Theil der Rettungsbälle, welche an den Flussläufen an Brückengeländern und Landungsstellen befestigt waren, durch Rettungsringe ersetzt worden. Leider werden in Berlin die Rettungsgeräthe häufig zerstört, beschädigt oder gestohlen. Im Jahre 1898 wurden nach dem Bericht 17 Ruder, 6 Bootshaken und 16 Rettungsbälle oder -Ringe vernichtet. In 35 Fällen (gegen 20 im Vorjahre) wurden die Rettungswerkzeuge und zwar 31 mal mit Erfolg angewendet. 1900 wurden 22 von 27 Ertrunkenen gerettet; 15 Kähne mit Zubehör, 25 Bälle und 20 Ringe waren vorhanden.

Die eingangs geschilderten Einrichtungen der alten Gesellschaften sind hier nochmals kurz zu erwähnen, da sie für die Rettung von Personen, welche in irgend einer Weise an Binnenwässern verunglückten, hergestellt wurden. Vor allen Dingen ist die in England und in den Kolonien noch heute bestehende Royal Humane Society mit ihren Einrichtungen hier hervorzuheben, welche als Muster für dergleichen Verhältnisse noch heute gelten können. Diese Gesellschaft hat nicht nur die Rettung von an Binnenwässern Verunglückten sich zur Aufgabe gemacht, sondern besonders an denjenigen Plätzen, wo nicht besondere Gesellschaften zur Rettung Schiffbrüchiger bestehen, auch diesen Zweig des Rettungswesens zu Wasser übernommen. So zeigt z. B. der Bericht des Australischen Zweigvereins der Gesellschaft für das Jahr 1899 eine erhebliche Zahl von Rettungen von Menschenleben auf dem Meere und an den Küsten.

Anzuführen sind ferner die Einrichtungen der Französischen Sociétés des Sauveteurs oder Sociétés des Ambulanciers, welche zum grossen Theil dem Rothen Kreuz in Frankreich angegliedert sind und

welche auch das Rettungswesen an Binnenwässern betreiben. Die Sauveteurs de Seine-et-Marne, welche wie die Mitglieder der anderen Gesellschaften Uniform tragen, haben gleichfalls die Rettung im Wasser Verunglückter zu besorgen.

Bemerkenswerth sind die in England vorhandenen Maassregeln zur Rettung Ertrunkener. Es sind Rettungsapparate an den verschiedenen Theilen der Quais untergebracht, welche nach einer Beschreibung in der „Zeitschrift für Samariter- und Rettungswesen“ (7. Jahrg. No. 6) aus Rettungsschwimmern mit daran befestigtem Seil, oder aus Stangen mit eisernen Haken, kleinen Wurfankern oder auch Strickleitern und anderen Leitern u. a. m. bestehen.

„Ein origineller, aber dabei sehr einfacher Rettungsapparat ist in Portsmouth in Gebrauch. Er besteht aus einem hölzernen Schwimmer von ungefähr 9 Zoll Länge an einem langen leichten Seil. Das andere Ende des Seiles ist an einem Pfahl am Quai befestigt, in dessen Höhlung das Seil zusammengerollt liegt und aus einer Oeffnung am Pfahlkopf heraustritt. Neben dem Pfahl liegt der Schwimmer, der ebenso handlich als dauerhaft ist, jederzeit zum Gebrauche bereit.

In Southampton trägt die Polizeiwache einen leichten Wurfanker bei sich, der in der Höhlung einer Spule liegt und an einem um diese Spule gewickelten Seil befestigt ist. Das Ganze befindet sich in einem Kästchen von 7 Zoll Länge und $2^1/_2$ Zoll Durchmesser.

Die Patrouillemannschaft im West-India-Dock in London trägt Korbleibriemen und einen $6^1/_2$ Fuss langen Stock mit Haken bei sich. Mit letzterem sucht sie ihren Weg längs der Quais bei starkem Nebel und verwendet ihn nöthigenfalls auch zur Hülfeleistung für Personen, die ins Wasser gefallen sind. Der Korkriemen soll nur zur eigenen Sicherheit des Trägers bei einem etwaigen Absturz dienen.

Eine weitere Vorsichtsmaassregel gegen etwaige Abstürze von Personen besteht in einer längs der Quaimauer angebrachten Kette. Es erscheint dies namentlich dort besonders zweckmässig, wo der mittlere Wasserstand ziemlich tief unter der Quaikante liegt.

Aber trotz reichlicher Versorgung mit Rettungsringen, Ankern u. s. w. soll es häufig vorgekommen sein, dass eine Person, die ins Wasser gefallen war, zwar bis an die Quaimauer gerettet, aber nicht heraufgezogen werden konnte, da keine Leitern zur Stelle waren. Einem solchen Mangel dürfte am leichtesten durch einfache Strickleitern von genügender Länge abzuhelfen sein.

Sehr beachtenswerth erscheint ferner die Anregung, die in einem grossen Dock gegeben wurde, dass nämlich zu den Rettungsapparaten zweckmässigerweise auch ein tragbares Rettungslicht gehöre, da es in Ermangelung eines solchen in finsterer Nacht oft unmöglich ist, einen Ertrinkenden zu retten, wenn man auch seine Hilferufe ganz deutlich vernimmt.

Die Verfasser glauben schliesslich durch die nachstehenden Vorsichtsmaassregeln die Vermeidung mancher Unfälle durch Ertrinken bewirken zu können und schlagen daher vor, sie überall, wo sie durchführbar sind, vorzuschreiben, also in Häfen, Werften, an Quais u. s. w. Sie lauten:

1. Die Polizisten und anderen angestellten Organe in Docks, Werften u. s. w. sollen alle mit den Prinzipien der ersten Hülfe vertraut sein.
2. Sie sollen alle schwimmen können.
3. Jede dieser Personen soll ein Rettungsseil bei sich tragen, dessen eines Ende an irgend einem Stück Holz (Schwimmer) befestigt ist, sodass es ins Wasser geworfen an dessen Oberfläche bleibt.

4. Alle gefährlichen Stellen, wie Buchten oder plötzliche Biegungen in der Flucht der Quaimauer, Verbindungsbrücken, Stiegen u. s. w. und dort, wo die Hauptpassagen für Fussgänger schmal und auf einer Seite durch Gebäude oder sonstige Objecte beengt sind, sollen sorgfältig gesichert sin, um das unachtsame Abstürzen von Personen ins Wasser zu verhüten.

5. Der Zugang zu Brücken soll an beiden Seiten durch Ketten oder Zäune eingefasst sein.

6. Die Zugänge zu Schleusen und Drehbrücken sollen abschliessbar sein; stehen sie offen, soll die Passage abgesperrt werden.

7. Die stabilen Geländer sollen aus starken, eisernen Säulen und Geländerstäben, diejenigen, welche zeitweise entfernt werden müssen, aus losen eisernen Stangen bestehen, welche in eiserne Sockel im Steinwerk des Quais eingelassen und untereinander durch zwei Ketten verbunden sind, von denen die untere 1 Fuss und die obere mindestens $3^1/_2$ Fuss über der Fusssohle liegt".

Als ein Beispiel einer Organisation eines Rettungsdienstes an Binnenwässern kann die Rettungsstation am Müggelsee bei Berlin dienen, welche, ein Werk der „Rettungsgesellschaft der Wassersportvereine von Berlin und Umgegend", am 27. April 1899 begründet wurde. Nach § 1 der Satzungen bezweckt die Gesellschaft „die Förderung des Rettungswesens auf den Gewässern Berlins und der Umgegend, insbesondere auf dem Müggelsee". Die Gesellschaft hat in zwei Jahren 16 Personen vom Ertrinkungstode errettet und jetzt auch Unterrichtscurse für erste Hülfe bei Mitgliedern der Wassersportvereine eingerichtet. Die Ausrüstung der Station, welche wohl als ein Muster für ähnliche Unternehmungen gelten kann, habe ich in einem Vortrage auf dem Samaritertage in Breslau 1900 eingehender geschildert.

„Die Station selbst besteht aus folgenden Baulichkeiten. Zuvörderst ist das eigentliche Rettungshaus zu erwähnen, welches aus Wellblech hergestellt ist. Dasselbe enthält zwei Räume mit im Ganzen 5 Betten zur Lagerung von Verunglückten, welche so angeordnet sind, dass der eine Raum 2, der andere 3 Betten enthält. Im ersten Raum, in welchen man durch die Thür zuerst gelangt, befindet sich ausser den 2 Lagerungsstätten ein eiserner Ofen zur schnellen Herstellung von warmen Wasser, welches zur Füllung von Wärmflaschen, Herstellung warmer Getränke sowie der noch vorgesehenen warmen Bäder unbedingt erforderlich ist. Hier sind auch die nothwendigsten Küchengeräthe und sonstigen Gebrauchsgegenstände untergebracht. Die Lagerstätten bestehen aus einfachen zusammenklappbaren eisernen Bettstellen, über deren Matratzen Segeltuchlaken mit Schnüren befestigt werden, sodass hierdurch eine Durchnässung der Matratzen möglichst verhütet wird. Für jedes Bett sind 3 wollene Decken, wollener vollständiger Anzug, Unterzeug und Strümpfe in Bereitschaft, um die Durchnässten und Wiederbelebten mit trocknen Kleidern zu versehen. Jedes der beiden Zimmer, welche durch eine Thür von einander getrennt sind, um auch Herren und Damen gesondert behandeln zu können, hat an den einander gegenüber liegenden Wänden je ein Fenster und eine Dachlüftung. Die künstliche Beleuchtung geschieht durch Petroleumhängelampen. Die Abmessungen des Hauses, welches in zwei Stufen Höhe vom Erdboden errichtet ist, betragen 4 mal 6,50 m. Die trennende Innenwand theilt die beiden Räume so von einander, dass der eine 4mal 4, der andere 4 mal 2,50 m hat.

Neben dem Hause befindet sich ein aus Balkenwerk verfertigter Aussichtsthurm von 5 m Höhe. Auf seiner Spitze erhebt sich eine Galerie von über 1 m Höhe, zu

welcher man mittelst einer Leiter gelangt und welche einen unbehinderten Ausblick auf den See gestattet, um durch Fernrohr zu erkennen, an welcher Stelle des Sees Hülfe nothwendig ist.

Das Rettungsboot, von Oberbaurath Rettig erbaut, liegt in einem besonderen Bootschuppen. Von demselben führt ein Geleise zum See, auf welchem ein eiserner Wagen auf Rollen hinabgleitet, auf welchem das Boot in Bereitschaft steht und leicht in den See hineingeführt werden kann. Das Boot selbst von etwa 7 m Länge ist mit mehreren Rettungsringen sowie mit einem aus Segeltuch gefertigten Verbandbeutel versehen, in welchem die erforderlichen Wiederbelebungs- und Erfrischungsmittel sowie einzelne Verbandstücke untergebracht sind".

Dass Vorkehrungen zur Rettung Ertrinkender eine dringende Nothwendigkeit sind, beweist eine Statistik von Heimann, nach welcher von rund 26 000 im Jahre 1897 in Preussen verunglückten Personen 6500, also der vierte Theil, ertrunken waren. Der übrige Theil entfällt zusammen auf Verbrennungen, Ueberfahren, Erstickung, Sturz, Erschlagen, Vergiftung und andere unbestimmte Arten von Verunglückungen.

Uebersicht über die tödtlichen Verunglückungen in Preussen während der Jahre 1897 und 1898.

| Art der Verunglückung | Es verunglückten | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | überhaupt | | | davon | | | | | |
| | | | | Kinder bis 15 Jahre | | | Erwachsene | | |
| | m. | w. | zus. | m. | w. | zus. | m. | w. | zus. |
| Ertrunken | 5295 | 1156 | 6451 | 1872 | 738 | 2610 | 3423 | 418 | 3841 |
| Verbrannt, verbrüht | 1209 | 1156 | 2365 | 725 | 754 | 1479 | 484 | 402 | 886 |
| Ueberfahren | 3232 | 495 | 3727 | 571 | 269 | 840 | 2661 | 226 | 2887 |
| Gestürzt | 4211 | 918 | 5129 | 434 | 219 | 653 | 3777 | 699 | 4476 |
| Erstickt | 1143 | 391 | 1534 | 323 | 232 | 555 | 820 | 159 | 979 |
| Erschlagen | 2476 | 193 | 2669 | 233 | 82 | 315 | 2243 | 111 | 2354 |
| Vergiftet | 226 | 110 | 336 | 98 | 53 | 151 | 128 | 57 | 185 |
| Andere oder unbest. Art | 3170 | 885 | 4055 | 442 | 285 | 727 | 2728 | 600 | 3328 |
| Zusammen | 20962 | 5304 | 26266 | 4698 | 2632 | 7330 | 16264 | 2672 | 18936 |

Bemerkenswerth ist die grosse Zahl von Kindern bis zu 15 Jahren unter den Ertrunkenen, welche 2600, also mehr als den dritten Theil der Gesammtsumme dieser beträgt.

Bei einer Zusammenstellung der Zahl der durch gewaltsame Todesarten in einem zehnjährigen Zeitraum in Berlin verstorbenen Personen nach dem Statistischen Jahrbuch der Stadt Berlin zeigt sich, dass durch gewaltsame Todesarten in 10 Jahren (von 1888 bis 1897) 7913 Personen, durchschnittlich jährlich 790, zu Grunde gingen. Von diesen starben im Ganzen 1067, durchschnittlich 106 im Jahre, durch Ertrinken, also etwa der siebente Theil der durch tödtliche Verunglückungen Verstorbenen.

Uebersicht über die tödtlichen Verunglückungen in Berlin während der Jahre 1888—1897.

| | 1888 | 1889 | 1890 | 1891 | 1892 | 1893 | 1894 | 1895 | 1896 | 1897 | Im Ganzen |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| a) Verbrennen . . . . . | 40 | 51 | 39 | 37 | 55 | 40 | 40 | 47 | 45 | 54 | 446 |
| b) Erfrieren . . . . . . . | 3 | 2 | 1 | 1 | — | 6 | 1 | 3 | 1 | — | 18 |
| c) Ertrinken . . . . . . . | 94 | 97 | 106 | 118 | 107 | 117 | 126 | 88 | 111 | 103 | 1067 |
| d) Erhängen . . . . . . . | 182 | 153 | 200 | 184 | 227 | 217 | 222 | 193 | 209 | 220 | 2007 |
| e) Ersticken . . . . . . . | 29 | 29 | 38 | 44 | 32 | 35 | 44 | 39 | 36 | 53 | 379 |
| f) Hitzschlag . . . . . . | — | 2 | 1 | 1 | 8 | — | 2 | 2 | 6 | — | 22 |
| g) Blitzschlag . . . . . . | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 |
| h) Explosion . . . . . . | — | — | 2 | 4 | 1 | — | — | 2 | 4 | 2 | 15 |
| i) Ueberfahren . . . . . | 72 | 66 | 68 | 60 | 55 | 45 | 66 | 65 | 64 | 70 | 631 |
| k) Sturz und Schlag . . | 176 | 171 | 211 | 186 | 190 | 175 | 192 | 217 | 193 | 230 | 1941 |
| l) Schussverletzung . . | 62 | 101 | 100 | 116 | 112 | 80 | 94 | 95 | 114 | 106 | 980 |
| m) Schnitt-, Stich- und Bisswunden . . . . . | 18 | 12 | 9 | 9 | 8 | 11 | 15 | 16 | 20 | 21 | 139 |
| n) Operationen . . . . . | 11 | 15 | 15 | 19 | 24 | 35 | 31 | 37 | 46 | 34 | 267 |
| Im Ganzen | 687 | 700 | 790 | 779 | 819 | 761 | 833 | 804 | 849 | 893 | 7913 |

## Rettung im oder auf dem Eise Verunglückter.

Am meisten ereignen sich Unfälle dieser Art beim Schlittschuhlaufen oder bei sonstigem Ueberschreiten von Eisflächen. Zur Rettung dient oft noch heute die seit Alters her gebräuchliche Eisleiter, welche in Frankreich ganz passend abgeändert worden ist, indem zwei Leitern kreuzweise zusammengebunden werden, so dass sie von vier Seiten auf dem Eise über der Einbruchsöffnung aufruhen. Von diesen Leitern als festen Stützpunkten aus kann dann die Rettung der Eingebrochenen stattfinden.

Für die betreffenden Hülfsstationen sind ferner Leinen, Haken, Boote vorzusehen, in welchen die Verunglückten ans Ufer zu bringen sind. Delahaye hat noch einen Apparat zum Herausfischen Ertrunkener angegeben, welcher einer grossen Angel gleicht, bei welcher ein Stück Holz als Schwimmer angebracht ist. Der Haken verläuft in vier Zinken und soll den Anzug des Verunglückten fassen. Natürlich ist das Geräth nur für bekleidete Menschen zu benutzen, also nicht in Badeanstalten und in solchen Fällen, wo unbekleidete Personen verunglücken.

Nach Rettung der Verunglückten sind erforderlichen Falls Wiederbelebungsversuche anzustellen, zu welchem Zwecke das Personal der Stationen in der Leistung der ersten Hülfe ausgebildet sein muss, wie dies wohl überall an den Seeküsten als auch an Binnenwässern der Fall ist. Zu sorgen ist ferner für Gebäude, wo die Verunglückten untergebracht werden können, um sie in passender Weise zu lagern, zu erwärmen, zu laben und sonstige Maassnahmen mit ihnen zu treffen. Besonders ist für Anzüge, am besten aus Flanell, zu sorgen, da die durchnässte Kleidung nicht sofort wieder zu gebrauchen ist. Für einzelne Fälle ist

die Anwendung von Sauerstoff angebracht. Wenn auch die Ansichten über die Wirkung dieses Mittels noch vielfach getheilte sind, so ist nicht zu läugnen, dass der Sauerstoff bei durch Einwirkung des Wassers Verunglückten guten Einfluss haben kann, so dass die jetzt im Handel befindlichen Sauerstoffbomben auf den Stationen Platz finden sollten. In den Postes de secours an der Seine wird Sauerstoff vorräthig gehalten.

Selbstverständlich sind für die Ausrüstung der Stationen die verfügbaren Mittel wichtig, und nach diesen wird sich auch die Reichhaltigkeit des Rettungsapparates richten müssen.

### III. Rettungswesen auf den Eisenbahnen.

In beinahe allen Ländern, wo Eisenbahnen vorhanden, sind zum Theil sehr vollkommene Vorkehrungen für Rettung Verunglückter getroffen.

Durch die vorgeschrittene Technik sind in den letzten Jahren Unglücksfälle auf den Eisenbahnen seltener geworden. Sie werden sich trotz aller von den Behörden getroffenen Vorsichtsmaassregeln niemals vermeiden lassen, da für ihre Entstehung neben dem persönlichen Verhalten der betreffenden Beamten Naturereignisse eine bedeutende Rolle spielen. Tunnels, Brücken, Dämme und andere eigens für den Eisenbahnbetrieb hergestellte Anlagen bedingen dadurch, dass sie Witterungseinflüssen nicht genügend Widerstand leisten, Gefahren, welche sich häufig in Zusammenstössen, Entgleisungen, Abstürzen äussern. Der persönlichen Aufmerksamkeit der Beamten ist ferner die Stellung von Signalen und Weichen, die verschiedene Fahrgeschwindigkeit unterstellt, und da durch Ausserachtlassung der hierbei erforderlichen Sorgfalt Unglücksfälle geschehen können, ist es eine anerkannte Pflicht der Bahnverwaltungen, für eine möglichst ausreichende und schnelle Hülfe bei Unglücksfällen Sorge zu tragen, welcher auch in den meisten Kulturstaaten jetzt in sehr ausgiebiger Weise genügt wird.

Die auf der Eisenbahn vorkommenden Unfälle können einerseits das Personal des Zuges oder der Station, andererseits die Fahrgäste betreffen. Sie können sich im fahrenden oder stillstehenden Zuge, auf der Strecke oder Haltestelle oder ausserhalb des Zuges ereignen. Man hat nun sowohl in den Zügen als auch auf den Haltestellen Maassnahmen vorbereitet, um bei einem Unglücksfalle sofort helfend eintreten zu können. Die meisten Unfälle geschehen naturgemäss auf der Eisenbahn durch Entgleisungen, Zusammenstösse und andere den Zug selbst betreffende Umstände, welche die im Zuge befindlichen Personen in Mitleidenschaft ziehen, sei es, dass der Zug im Fahren oder auf einer Haltestelle sich befindet, wo ein anderer Zug durch falsche Weichenstellung in ihn hineinfährt. Viel seltener geschieht es auf den Eisenbahnen, dass jemand im Zuge während der Fahrt plötzlich erkrankt oder durch einen besonderen Unglücksfall, durch Ausgleiten oder auf andere Weise, welche nur seine eigene Person betrifft, verunglückt.

Sind letztere Fälle erheblicher Natur, so wird es am besten sein, durch Ziehen der Nothleine den Zug zum Stehen zu bringen, damit dann Hülfe zunächst durch die ausgebildeten Eisenbahnbeamten geleistet werden kann, falls nicht zufällig ein Arzt im Zuge vorhanden. In anderen Fällen wird es vielleicht angängig sein, zu warten, bis der Zug eine Haltestelle erreicht, wo dann sachgemässe Hülfe herbeigeschafft werden kann.

Wichtiger sind die Unfälle, bei welchen das Leben einer grösseren Zahl von Menschen bedroht ist, deren Abhülfe auf den fachwissenschaftlichen Congressen eingehend besprochen ist. Es gehen nämlich die Ansichten über die Vorbereitungen zur Hülfe bei Eisenbahnunfällen auch unter den Fachgelehrten selbst, sowohl unter den zuständigen Beamten als unter den Aerzten, weit auseinander.

Für die Herstellung der Einrichtungen zur ersten Hülfe ist die Zunahme der Fahrgeschwindigkeit der Züge wichtig. Strecken von ungeheurer Länge werden in einer Zeit zurückgelegt, deren Kürze noch vor einigen Jahren nicht denkbar erschienen wäre. Den gewaltigen Betrieb auf den Deutschen Bahnen veranschaulicht die Statistik von 1899.

Die Länge der Bahnen belief sich auf 49 041 km., 26 272 Signal- und Telegrapheneinrichtungen waren vorhanden, von 9798 Stationen waren 4283 Bahnhöfe, 3583 Haltestellen, 1932 Haltepunkte. 812,7 Mill. Reisende wurden befördert, welche 18 660,4 Millionen Personenkilometer oder 389 300 auf 1 km zurücklegten. Im gesammten Betriebe waren durchschnittlich 521 760 Beamte und Arbeiter beschäftigt.

Von den Unfällen waren 431 Entgleisungen, von welchen 158 auf freier Strecke sich ereigneten. Ferner geschahen 334 Zusammenstöss, davon 43 auf freier Strecke. Die Ursachen beider Arten von Unfällen waren sehr verschiedene. Bei den Zugunfällen wurde ein Reisender getödtet, und wurden 133 Reisende verletzt. Ausser den Zugunfällen fanden 2609 sonstige Betriebsunfälle statt, davon 753 auf freier Strecke. Bei sämmtlichen Unfällen wurden 921 Personen, darunter 67 Reisende, getödtet, 2078 Personen (317 Reisende) verletzt. Dies sind auf 1 Million durchfahrene Zugkilometer 6,50.

Einige Zahlen aus früheren Jahren sollen die Gefahren des Eisenbahnbetriebes recht deutlich veranschaulichen, um allzu übertriebenen Vorstellungen über die Unsicherheit auf der Eisenbahn besonders in Deutschland entgegenzutreten.

Von 1880 bis 1897 ereigneten sich im Jahresdurchschnitt auf 1 Million Zugkilometer:

| | Unfälle | oder im Verhältnis ausgedrückt |
|---|---|---|
| auf den Preussischen Staatseisenbahnen . | 10,7 | 1,00 |
| auf allen Deutschen Bahnen . . . . . . | 12,4 | 1,16 |
| auf den Oesterreichisch-Ungarischen Bahnen | 13,3 | 1,24 |
| und auf allen Vereinsbahnen . . . . . | 12,6 | 1,18 |

Nach den weiteren Zusammenstellungen von Blume-Philippsburg

auf der 23. Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege aus der Denkschrift der Staatseisenbahn-Verwaltung an den Deutschen Reichstag ist zu entnehmen, dass, wenn man die Zahl der beförderten wie der verunglückten Reisenden mit der Zahl der Zugkilometer der zur Personenbeförderung dienenden Züge vergleicht, man bezüglich der beförderten Reisenden folgendes Verhältniss erhält bei den Staatseisenbahnen

| Preussens | | Deutschlands | | Frankreichs | | Englands |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | : | 0,92 | : | 0,71 | : | 1,33 |

bezüglich der verunglückten Reisenden aber bei den Staatseisenbahnen

| Preussens | | Deutschlands | | Frankreichs | | Englands |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | : | 1,10 | : | 1,83 | : | 5,54 |

Es ist weiter aus diesen Tabellen zu entnehmen, dass auf 1 Million Personenkilometer die Zahl der verunglückten Reisenden im Jahresdurchschnitt betrug:

| | | | |
|---|---|---|---|
| auf den Preussischen Staatsbahnen . . . | 0,015 | Reisende | 1,00 |
| „ allen Deutschen Bahnen . . . . . . | 0,019 | „ | 1,27 |
| „ den Oesterreichisch-Ungarischen Bahnen | 0,025 | „ | 1,67 |
| „ allen Vereinsbahnen . . . . . . . | 0,022 | „ | 1,47 |
| „ den Französischen Bahnen . . . . | 0,039 | „ | 2,60 |

Dies ergiebt ein Verhältniss von 1 : 1,27 bezw. 1,67 : 1,47 : 2,60.

Von 1000 Angestellten verunglückten von 1880—1897 im Jahresdurchschnitt auf den Preussischen Bahnen 5,31, auf den Deutschen Bahnen 6,11 und auf 1 Million Zugkilometer auf den Preussischen Bahnen 6,22, auf den Deutschen Bahnen 6,84.

„Danach betrug die Gesammtzahl der verunglückten Personen auf 1 Million Zugkilometer aller Züge im Durchschnitt der verglichenen Jahre

| | | |
|---|---|---|
| auf den Preussischen Staatsbahnen . . | 6,86 | Personen |
| „ allen Deutschen Bahnen . . . . | 7,60 | „ |

Es sind also in England und Frankreich mehr Reisende verunglückt als in Deutschland. Sehr beruhigend wirken die von Blume aus dem Buche von Weber „Schule dss Eisenbahnwesens“ 1880 angeführten Zahlen. Die Gefahr auf der Eisenbahn zu verunglücken, ist bei den preussischen Bahnen dreimal geringer, „als die gewiss nicht sehr nahe liegende Wahrscheinlichkeit, das grosse Loos zu gewinnen“. Nach einer anderen Berechnung Weber's wird ein Reisender, wenn er Tag und Nacht auf einer preussischen Eisenbahn fährt und 21 km in der Stunde zurücklegt, nach 307 Jahren verletzt und nach 1540 Jahren getödtet werden. Endlich ist nach Weber statistisch nachgewiesen, dass im Jahre 1872 in Preussen mehr Personen (546) durch Lastfuhrwerke verunglückten als durch Eisenbahnfahrt (460)“.

Und dabei war damals noch keine elektrische Strassenbahn im Betrieb, welche in einzelnen Städten erhebliche Unfälle verursacht.

Für die Mitnahme von Geräthschaften im rollenden Zuge ist zu beachten, dass der Inhalt der Rettungskästen durch die beständige Erschütterung und durch das Eindringen von Rauch und Staub auch bei sorgsamstem Verschluss beschädigt wird. Ferner können die Gegenstände bei

einem Eisenbahnunfall mitzerstört werden. Es wurde daher auf dem internationalen Hygienecongress in Wien 1888 empfohlen, im Zuge nur Rettungstaschen mit dem nöthigsten Material mitzuführen.

In Folge neuerdings erfolgter bedeutenderer Eisenbahnkatastrophen ist man bemüht, die hauptsächlichsten Ursachen für die Vernichtung einer grösseren Zahl von Menschenleben zu entfernen. Besonders der Bau der D-Wagen und die Gasbeleuchtung der Züge sind als Ursache für den Verlust vieler Menschenleben bei grösseren Eisenbahnunfällen der letzten Jahre in Deutschland angesehen worden. Durch den Zusammenstoss zweier Züge werden die wenigen Ausgänge für die Fahrgäste unbenutzbar. Letztere sind also in dem Wagen eingeschlossen. Das für Beleuchtungszwecke vorgesehene Gas entzündet sich, erzeugt einen ungeheuren Hitzegrad, und die eingeschlossenen Menschen gehen in qualvoller Weise zu Grunde. Allerdings wird von anderer Seite behauptet, dass auch die elektrischen Leitungen nicht ganz ungefährlich für die Wagen sind, da z. B. in Amerika etwa 16 000 mit Fettgas beleuchtete Wagen verkehren, und nur sehr selten durch diese Beleuchtung verursachte Unglücksfälle vorkommen sollen.

Bei den Berathungen wurde auf allen Congressen über diesen Gegenstand verlangt, dass Rettungsmittel und -werkzeuge, welche bei plötzlichen Erkrankungen und Unglücksfällen nothwendig, in steter Bereitschaft zu halten sind.

Es müssen also auf allen Stationen Rettungskästen, ferner in jedem Zuge eine Rettungstasche oder, wie bei den Preussischen Zügen, ein Verbandkasten beim Zugführer vorhanden sein, alle Stationen müssen über Beförderungsmittel für Verletzte verfügen, welche v. Czatáry auch in allen Zügen selbst unterzubringen verlangt. Ferner wünscht er, „dass in jeder Eisenbahnstation ohne Ausnahme eine stets gefüllte Eisgrube vorhanden sei“. Die Bahnärzte haben über alle Vorkehrungen die Aufsicht zu führen und besonders das Bahnpersonal sowohl der Stationen als des rollenden Zuges in der ersten Hülfe bei Unfällen und plötzlichen Erkrankungen zu unterweisen.

Brähmer hat als erforderlich für die erste Hülfe bei Eisenbahnunglücksfällen nothwendig hingestellt „die Bereithaltung der zur ersten Hülfe nothwendigen Verbandgegenstände und Arzneimittel, (auf) möglichst schnelle Herbeischaffung ärztlicher Hülfe, (auf) zweckmässige Maassnahmen bis zur Ankunft des Arztes, endlich (auf) geeignete Transportmittel und Unterkunftsräume für Verwundete und Kranke“.

In Preussen regelt eine „Dienstvorschrift betreffend das Rettungswesen bei Verunglückungen auf Eisenbahnen“ die Hülfe bei solchen Vorkommnissen. Sie enthält ausser der Beschreibung des Inhaltes der Rettungskästen besondere Vorschriften über die ersten Hülfsleistungen und „Kurze Winke für die Beamten zu vorläufigen Hülfeleistungen bei Verletzungen vor Ankunft des Arztes“.

Auf den Preussischen Bahnen sind grosse und kleine Rettungskästen vorhanden, der grosse Kasten enthält zwei Abtheilungen, deren eine für

allgemeinen Gebrauch bestimmt, während die zweite für die Benutzung des Arztes nach Dienstvorschrift vorbehalten ist.

Die von Brähmer gegen das Vorhandensein von Chloroform geltend gemachten Bedenken sind wohl gerechtfertigt, wenn man eine grössere Menge des Mittels in einer Flasche bereit hält. Es erscheint zweckmässig, nur kleine Mengen Chloroform für den Gebrauch bei der ersten Hülfe auch in den Rettungswachen zur Verfügung zu haben, wie z. B. in den Leipziger Sanitätswachen geschieht, wo je 25 g in versiegelter Flasche aufbewahrt werden, und keine angebrochene Flasche weiter benutzt werden darf. Brähmer hält auch eine Unterhautspritze mit Morphiumlösung und Aether in dem Rettungskasten für erforderlich „ein Vorschlag, dem man sich leider bisher in Preussen verschlossen hat." Es ist der Ansicht von Brähmer bezüglich der Spritzen zuzustimmen, wenngleich die Bedenken, welche von den Behörden anscheinend gegen das Vorräthighalten von fertigen Morphiumlösungen geäussert sind, Berechtigung haben. Gegen das Bereithalten der oben erwähnten fertigen sterilen Morphiumlösungen in Glasröhrchen wird man wohl nichts einwenden können, da gerade diese Art der Bereithaltung von Arzneimitteln zur Unterhauteinspritzung für die erste Hülfe sehr werthvoll ist. Die angegebenen Röhrchen mit Morphiumlösung, Kamphoröl und Aether sowie mit Ergotin dürften auch für das Eisenbahnrettungswesen sehr geeignet sein.

Der Inhalt der Kästen muss in bestimmten Zwischenräumen besichtigt oder erneuert werden, da, wenn er längere Zeit nicht gebraucht wird, verdirbt. In Preussen hat eine vierteljährliche Revision stattzufinden, welche unbedingt erforderlich erscheint. Die Aufbewahrung der Kästen muss an geeigneten Plätzen erfolgen, unbrauchbar gewordene Gegenstände müssen durch neue ersetzt werden.

Von entscheidender Bedeutung auch für das Eisenbahnrettungswesen ist die Bereitstellung entsprechender Beförderungsmittel auf den Stationen. Auf grösseren Stationen ist es ferner erforderlich, geeignete Beförderungsmittel für Kranke, welche nicht gehen und besonders nicht Treppen steigen können, in Bereitschaft zu halten. Ihr Vorhandensein ist häufig nothwendig und dient zur Erleichterung des Transportes von Personen, welche die jetzt wohl überall vorhandenen hohen Treppen zu den Bahnsteigen nicht selbst emporsteigen können.

Auf grösseren Stationen sind ausserdem Rettungswagen bereit zu halten, welche wohl zuerst von v. Czatáry in Budapest angegeben worden sind. Ich habe sie im vorigen Artikel näher beschrieben und auf eine Abbildung in einer früheren Arbeit von mir hingewiesen. Solche Wagen sind bei den Ungarischen Staatsbahnen im Gebrauch, ferner verfügt Bayern über Rettungswagen, während in Preussen, Württemberg, Sachsen eigene Salonkrankenwagen für Beförderung von Kranken — auch von Verletzten — zur Verfügung stehen.

Die in Frankfurt a. M. vorbereiteten Rettungseinrichtungen für Eisenbahnunfälle werden später geschildert.

Von Deutschen Ländern ist besonders noch Bayern zu erwähnen, welches über vortreffliche Einrichtungen für das Rettungswesen bei Eisenbahnunfällen verfügt. Im Jahre 1896 erschienen „Vorschriften über das Rettungswesen bei Unfällen auf den k. b. Staatseisenbahnen", in welchen Anweisungen über den gesammten Rettungsdienst bei Eisenbahnunfällen niedergelegt sind. Das Stations- und Bahnpersonal wird von den Bahnärzten in der Leistung der ersten Hülfe bei Unfällen unterwiesen. Hülfsmittel und Einrichtungen zu Rettungszwecken sind Verbandtaschen, Rettungskästen, Tragbahren, Räderbahren, Hülfs- und Requisitenwagen, Rettungswagen, Rettungszimmer. Verbandtaschen hat jeder Zugführer mitzuführen. Grosse und kleine Rettungskästen sind auf verschiedenen Stationen untergebracht, ferner auch Tragbahren, während Räderbahren auf grösseren Stationen stehen. Hülfs- und Requisitenwagen sind Kastenwagen mit Werkzeugen zum Einheben entgleister Wagen und zum Freimachen der Bahn. Sie enthalten zwei Tragbahren. Die zehn nach dem Durchgangssystem gebauten Rettungswagen dienen zur Beförderung von Kranken und Verwundeten bei Eisenbahnunglücksfällen. Sie haben je 10 Tragbahren auf Ständern mit Grund'scher Federanordnung in zwei Reihen übereinander.

Ihre Instandsetzung sowie die Benutzung und Beladung der Wagen, welche vom Zugpersonal eingeübt wird, ergiebt sich aus den betreffenden Anweisungen genannter „Vorschriften u. s. w."

„Auf Stationen, in welchen mehrere Bahnlinien zusammenlaufen oder ein umfangreiches Rangirgeschäft sich abwickelt, sind eigene Zimmer bereit zu halten, in welchen erkrankten oder verletzten Reisenden und Bediensteten vor der Ueberführung in ihre Wohnung oder in ein Spital Unterkunft gewährt und nöthigen Falles die erste Hülfe geleistet werden kann." Die Zimmer sollen möglichst in der Nähe der Bahnsteige gelegen sein, nicht unter 25 qm Bodenfläche enthalten, hell, luftig, heizbar, leicht zugänglich und mit deutlicher Bezeichnung „Rettungszimmer" versehen sein.

Ihre Ausstattung ist im § 19 der Vorschriften beschrieben, während § 20 die Bereitstellung von „Hülfsmannschaften" ordnet.

Im Rettungszimmer ist der grosse Rettungskasten und eine Tragbahre auf hölzernem Untergestell zu bewahren, welches gestattet, dass ein Verletzter bis zum Weitertransport auf der Trage bleiben kann, ohne sich zu nahe dem Erdboden zu befinden.

In Oesterreich sind genau ausgearbeitete „Vorschriften betreffend das Rettungswesen bei Eisenbahnen" vorhanden. Zunächst werden die Tragbahren erwähnt, welche in jeder Station mit Ausnahme der Haltestellen aufgestellt werden. Ferner sind grosse, kleine Rettungskästen und Verbandkästchen vorgesehen und Anweisungen für die Bediensteten erlassen.

Die Züge führen nach dem Erlass des Handelsministers vom 23. Januar 1889 keine Rettungsgeräthe mehr mit sich, sondern dieselben werden in den Stationen selbst aufbewahrt. In jeder Station wird eine

einfache offene Tragbahre aufgestellt, in denjenigen, wo eine Ueberführung ins Krankenhaus geschehen kann, ist eine gepolsterte gedeckte Stadttrage bereit zu halten. Auf den Stationen, welche über Hülfslocomotiven verfügen, ist ein grosser Rettungskasten und am Wohnsitz des Bahnarztes, falls kein grosser Rettungskasten daselbst vorhanden, ein kleiner aufzustellen. Stationen — mit Ausschluss der Haltestellen —, welche weder grosse noch kleine Verbandkästen haben, erhalten Verbandkästchen.

Bei Verletzung von Menschen wird durch ein neu festgesetztes Glockenzeichen die nächste Station verständigt, eine Hülfsmaschine mit Aerzten und Transportmaterial zur Unfallstelle zu entsenden. Die hohe Bedeutung, die in Oesterreich dem Krankentransportwesen als Grundlage für das Rettungswesen beigelegt wird, ergiebt sich aus dem Umstand, dass von der Ferdinands-Nordbahn auf Antrag verschiedene Erleichterungen betreffs der Rettungskästen gewährt, bezüglich der gedeckten Tragbahren aber nicht genehmigt wurden.

Die grossen Rettungskästen in den Maschinenstationen dienen in erster Reihe für Hülfsleistungen bei Unfällen auf der Strecke, die kleinen Kästen in den Bahnarztstationen sowohl für diese als für den regelmässigen Sanitätsdienst, in gleicher Weise die Verbandkästchen. Die Tragbahren sind stets in Ordnung zu halten und nach Verfügung des Bahnarztes zu desinficiren.

In den sechs Oesterreichischen Rettungswagen sind die zur Ausbesserung des Materialschadens nothwendigen Geräthe und eine Anzahl Tragbahren vorhanden, während in Wien zwei Wagen bereit stehen und ein anderer Wagen die Tragen und Verbandgeräthe für die verunglückten Personen enthält. Bei grösseren Unfällen ist, wenn die am Unfallsorte verfügbaren Rettungsgeräthe nicht ausreichen, die Hülfe der Wiener Freiwilligen Rettungsgesellschaft heranzuziehen. Sind mehrere Personen bei einem Unfall verletzt, so ist bei dem Hülfszuge auch für geeignete Wagen zur Beförderung der auf die Tragbetten zu lagernden Verletzten zu sorgen.

In Ungarn ist der gesammte sanitäre Eisenbahn- und Schifffahrtsdienst nach Gesetz vom Jahre 1876 vorgeschrieben und einem besonderen Chefarzte, dem bereits mehrfach genannten v. Czatáry, unterstellt. Die nach seiner Angabe hergestellten Rettungswagen waren bereits erwähnt. Sie sind besonders bemerkenswerth, weil die darin befindlichen Betten als Tragmittel und Lagerstätten für die Patienten benutzt werden können. Der Wagen ist mit allen Geräthen und Werkzeugen für einen Nothverband ausgestattet, ferner mit Vorrichtungen für kaltes und warmes Wasser, Eis, Medicamenten. Er kann jeder Zeit an die Unfallstelle entsendet werden und selbst eine grössere Zahl von Verletzten auf sechs Lagerstätten aufnehmen. Ferner verfügt er über einen Raum für den Arzt, welcher den Verletzten begleitet oder sich mit an die Unfallstelle begiebt. Die Eisenbahnverwaltung hat drei solcher Wagen herstellen lassen

und an den Hauptstationen und Knotenpunkten der Eisenbahnen eingestellt.

Ausserdem sind vorhanden grosse Rettungskästen auf den Bahnen ersten Ranges in jeder Inspections- und Endstation, bei den Bahnen zweiten Ranges und den Vicinalbahnen, in den Locomotivstationen, von welchen aus eine Hülfsmaschine herbeigeholt werden kann. Der Kasten enthält ausser den sonst gebräuchlichen Geräthschaften ein Amputationsbesteck und Desinfectionsmittel.

Auf allen Stationen, die Wohnort eines Bahnarztes sind, aber keine grossen Rettungskästen besitzen, sind kleine untergebracht, die die gleiche Ausstattung wie die grossen, aber kein Amputationsbesteck haben.

Grosse Rettungstaschen sind in allen Stationen der Bahnen ersten Ranges mit Ausnahme der Haltestellen, wo erstere beiden nicht vorräthig sind, bei den Bahnen zweiten Ranges und Vicinalbahnen nach Bedarf vorräthig. Sie enthalten Verbandstücke, Holzschienen, Scheere, Aderpresse, Dower'sche Pulver.

Wie in Preussen (im Gegensatz zu Oesterreich) wird im Packwagen eines jeden Zuges eine kleine Rettungstasche mitgeführt. Ueberall in Stationen und Werkstätten, wo eine grössere Zahl von Arbeitern und Beamten in Thätigkeit ist, sind grosse und kleine Rettungskästen aufzustellen.

Sofort nach Gebrauch sind bei allen Rettungsgeräthen die gebrauchten Gegenstände zu ergänzen.

In allen Stationen, wo sich Krankenhäuser befinden, stehen gedeckte Krankentragen bereit, während offene Tragbahren in allen Stationen der Bahnen ersten Ranges mit Ausnahme der Haltestellen und in den Zwischenstationen der Secundär- und Vicinalbahnen aufbewahrt sind.

Alle Verkehrs- und Zugbegleitungsbeamten erhalten Unterricht in der ersten Hülfe. Besondere Glockenzeichen sind ausser der Benutzung von Telegraphen und Telephonen zur Herbeirufung der Hülfslocomotive und Rettungswagen anzuwenden.

Neben diesen amtlich hergestellten Versorgungen für die Rettung Verunglückter bei Eisenbahnunfällen in Oesterreich-Ungarn ist der von der Wiener Freiwilligen Rettungsgesellschaft hierfür neuerdings bereitgestellte „Sanitäts-Ambulanzwaggon“ zu erwähnen. Diese Gesellschaft hatte bereits vor langer Zeit auf den Wiener Bahnhöfen Tragmittel aufgestellt und schon am 18. Januar 1883 in besonderer Vereinbarung die Verpflichtung übernommen, nicht nur in der Nähe Wiens, sondern auf eine Entfernung von 300 km und darüber hinaus mit Personal und eigens hierfür bestimmtem Material jedem Ruf zu einem Eisenbahnunfalle unverzüglich Folge zu leisten. Diese „Normen betreffs Heranziehung der Wiener Freiwilligen Rettungsgesellschaft zur Hülfeleistung bei Eisenbahnunfällen“ sind noch jetzt in Gültigkeit.

Insgesammt leistete die Gesellschaft seit Begründung bei 10 grösseren Eisenbahnunfällen mit 78 Verletzten Hülfe. Seitens der Verwaltung wurde nun der Gesellschaft für Hülfsleistung auf dem Gebiete

der Stadtbahn ein Malteserwaggon zur Verfügung gestellt, welcher in erforderlicher Weise ausgerüstet in der Station „Hauptzollamt" der Stadtbahn eingestellt wurde. Aus der Schilderung der Gestaltung und Ausrüstung des Wagens von Charas gebe ich das Wichtigste hier wieder.

„Der Wagen ist ein von der k. k. Staatsbahn beigestellter zweiachsiger, gedeckter Sanitätswagen Serie Gsm. Construction 1892 für den Maltheser-Orden, gebaut von der Maschinen- und Waggonfabriks-Actiengesellschaft in Wien-Simmering. Er besteht im Wesentlichen aus dem eisernen Untergestell-Rahmen mit Plattformen und Laufwerk, aus dem Gepäckkasten und dem Wagenkasten mit Oberlicht-Aufbau.

Das Untergestell ist durch 2 eiserne Träger gebildet, welche mit den Bruchstücken durch Winkel und Schrauben verbunden sind. Der so gebildete Rahmen ist durch eingeschaltete Querträger, ferner durch zwei Diagonalstreben versteift und unter sich durch Winkel und Schrauben befestigt.

Die Länge des Untergestelles, gemessen von äussersten Kanten der Brustträger, beträgt 8090 mm.

Die Tragfedern sind aus flachem, geripptem Gussstahl und sind mittelst Charnieren und Stützen aufgehängt. Die Federn haben acht Blätter von 80 mm Breite und 13 mm Dicke, und haben im freien Zustande eine Pfeilhöhe von 125 mm und eine Länge von 1100 mm.

Die Zugvorrichtung ist eine durchgehende. Die Schraubenkuppelungen, Nothketten und Zughaken sind nach dem deutschen Vereinsnormale ausgeführt.

In der Mitte des Untergestelles zwischen den beiden Langträgern und den zwei mittleren Querträgern ist der Gepäckkasten eingebaut.

In seinem oberen Theil, zwischen Langträger und Diagonalstreben, ist derselbe als Kohlenkasten ausgebildet, welcher vom Innern des Wagens durch zwei im Boden eingebaute kleinere Deckel leicht zugänglich ist.

Während der Fahrt ist der Gepäckkasten vom Innern des Wagens aus durch zwei grössere, ebenfalls im Boden eingebaute Deckel zugänglich gemacht, befindet sich der Wagen in Ruhe, so ist der Gepäckkasten auch von Aussen durch zwei Doppelthüren, welche mit Zollplombenösen versehen sind, zu öffnen.

Das Gerippe des Wagenkastens besteht im Wesentlichen aus dem eisernen Fuss- und dem hölzernen Dachrahmen, welche mittelst Säulen fest verbunden, die wieder durch Consolen an die eisernen Langträger befestigt werden.

Der Waggon wurde mit der durchgehenden Vacuum- und Dampfrohrleitung ausgerüstet, damit derselbe auch in Personenzügen verkehren könne. Bei Anbringung der Heizkörper kann sonach der Waggon auch mit Dampf beheizt werden.

Die beiden Schiebethüren wurden geschlossen und festgestellt, die Thüröffnung im Innern mit einer Verschalung versehen.

Der Aufbau erstreckt sich über die ganze Länge des Kastens, er hat eine lichte Breite von 1200 mm und eine Höhe von 478 mm.

In demselben befinden sich 28 Fenster aus mattem Glase.

Die beiden Doppelthüren, welche je eine lichte Höhe von 1990 mm und eine lichte Breite von 950 mm haben, gestatten, dass man mit den Tragbahren, welche 1885 mm lang und 645 mm breit sind, bequem hindurch kommen kann. In geöffneter Stellung werden dieselben von Arretirungs-Vorrichtungen festgehalten und können sowohl von innen als auch von aussen gesperrt werden.

Auf der Aussenseite der beiden Schiebethüren befindet sich die Firma und das Emblem der Gesellschaft, sowie der Verwendungszweck des Wagens: „Wiener Freiwillige Rettungsgesellschaft — Sanitäts-Ambulanzwaggon".

Der Waggon hat im Innern einen weissen, waschbaren Oelanstrich. Der Fussboden ist mit Linoleum bespannt.

Zur Unterbringung der Tragbetten ist an einer Längswand ein grosses doppeltes, an der anderen Längswand ein einfaches Gestell untergebracht. Die Gestelle werden aus je zwei aufrecht stehenden Ständern mit Füssen gebildet, welche in einer für die bequeme Aufnahme der Tragbetten entsprechenden Entfernung von einander, unten und oben mittelst eines Barrens zu einem Ganzen verbunden sind. An den Ständern oben und unten sind in entsprechender Entfernung zur Aufnahme von je einem Tragbette Querstücke angebracht. Sämmtliche Gestelle sammt Querstücken sind aus Eisen angefertigt; sie nehmen dadurch einen bedeutend geringeren Raum ein als hölzerne Ständer, sind solider und stabiler, und trotzdem nicht schwerer als diese.

Auf diesen Gestellen sind acht Tragbahren, etagenmässig je zwei übereinander, untergebracht, so dass auf dem grossen Doppelgestelle sechs, und auf dem kleinen Gestelle zwei Tragbahren sich befinden.

Die Tragbahren sind ganz genau nach dem Modelle der Ambulanzwagen-Tragbahren der Wiener Freiwilligen Rettungs-Gesellschaft angefertigt, in denselben Dimensionen gehalten, mit verstellbarem Kopftheil und einschiebbaren Handgriffen versehen, gut gepolstert und mit weissem, waschbarem Ledertuch überzogen. Für jede Tragbahre sind zwei weisse Wollkotzen und ein Leintuch vorhanden.

Zur Sicherung der Kranken befinden sich an der Aussenseite jeder Tragbahre zwei Hülsen, in welche Schutzgitter eingeschoben werden können. Diese Schutzgitter sind in der Regel an der der Tragbahre entsprechenden Waggonwand untergebracht.

Dasselbe (Sanitätsmateriale) ist zum grössten Theile an jener Längswand, an welcher sich das kleine Tragbahrengestell für nur zwei Tragbahren befindet, untergebracht und zwar: (der grosse Sanitätskasten) mit reichlichem Instrumentarium, Medicamenten, Verbandmitteln und Sanitätsmateriale aller Art ruht auf einer 60 cm hohen Stellage. Unterhalb derselben sind Leibschüsseln und Urinflaschen, während oberhalb des Sanitätskastens auf einer Doppelstellage Trinkgläser, Wasserflaschen, Wärmflaschen und andere Sanitätsutensilien sich befinden. An der Stirnwand des Waggons ist ein grosser Messing-Irrigator untergebracht.

Neben dem grossen Sanitätskasten, auf einer kleinen Stellage steht mit allen Gattungen gepolsterten und ungepolsterten Schienen, Petit'schen Stiefeln, Plama, Werg, Watte, sowie dem nöthigen Verbandmateriale der Schienensack.

Hieran reihen sich:

Zwei Verbandtischchen mit einer Nickel-Doppelcassette, in welcher die nöthigsten Instrumente und Verbandstoffe für den fallweisen Gebrnuch im Innern des Waggons während der Fahrt vorräthig sind.

Diese beiden Verbandtischchen sind in der Weise construirt, dass auf dieselben — in entsprechender Distanz auseinandergestellt — eine Tragbahre aufgelegt, und hierdurch ein Operationsbett improvisirt werden kann.

Im Gepäckkasten (Trommel) sind Emailgefässe für Trinkwasser, für Desinfectionsflüssigkeit, Fackeln, Stricke, Gurten etc. untergebracht.

Die Beheizung erfolgt durch einen Füllofen, System Meidinger, welcher an der Verschalung der Schiebethür jener Längswand steht, an welcher das Sanitätsmaterial sich befindet. Neben dem Ofen befindet sich ein Kohlenkübel sammt den Ofenbedienungsgeräthen, während das Heizmaterial in der nur vom Innern des Waggons zugänglichen kleinen Trommel vorräthig ist.

Die Ventilation geschieht durch Hervorziehen der unteren Schiebethüre des

Ofens und durch sechs bewegliche Fenster am Kastenaufbau, welche mit Kugelverschluss und Handgriffen versehen sind.

Die Beleuchtung wird durch die oberhalb der beiden Stirnthüren angebrachten fixen Oellampen mit Reflectoren, dann durch eine Oellampe zum Hängen und Stellen, sowie durch drei vorräthige transportable Oellaternen bewerkstelligt.

Neben dem Ofen ist eine Waschtoilette mit umkippbarem Lavoir, Wasser-Reservoir und Abfluss angebracht. Unterhalb der Wasch-Toilette befindet sich ein kleiner Wäscheschrank mit Vorräthen an Compressen, Handtüchern, Operationsmänteln etc.

Sämmtliche Gegenstände und Sanitäts-Utensilien im Waggon sind theils durch entsprechende Einschnitte, theils durch Umrahmungen oder durch Ledergurten fixirt.

Von den Einrichtungen anderer Länder sollen noch die in Frankreich vorhandenen Vorkehrungen an dem Beispiele der „Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Mediterranée" erläutert werden. Vom Chefarzt der Gesellschaft, Blum, sind die bezüglichen Dienstanweisungen genau ausgearbeitet, welche zunächst gesundheitliche Vorsichtsmaassregeln für das Dienstpersonal enthalten, ferner Anweisungen für das Personal zur ersten Hülfeleistung bei Unfällen vor Ankunft des Arztes, Anweisungen zur Anwendung des Inhaltes der Rettungskästen, welche ohne Anordnung des Arztes benutzt werden dürfen. Die Rettungskästen befinden sich auf bestimmten Bahnhöfen, während Verbandkästen im Zuge mitgeführt werden. Die Rettungswagen sind mit erforderlichem Transport- und Verbandmaterial ausgestattet. Ausserdem sind Tragbahren auf den hauptsächlichsten Bahnhöfen untergebracht. Auf jedem Kasten befindet sich folgende Inschrift: „Kein geöffnetes Packet darf wieder benutzt werden". Alle Geräthschaften werden halbjährlich nachgesehen. Bei der Zusammensetzung der Rettungskästen fällt die etwas grosse Zahl von Flaschen mit flüssigem Inhalte auf. Sogar Sublimat wird in alkoholischer, stark concentrirter Lösung (4 Theile Alkohol auf 1 Theil Sublimat) statt der sonst üblichen trockenen Form bereit gehalten.

In Belgien sind gleichfalls ausgedehnte Massnahmen für die Hülfe bei Eisenbahnunfällen vorgesehen. Es sind etwa 1700 Rettungskästen auf den Belgischen Bahnen vorhanden, welche in den Personenzügen, gemischten Zügen, auf den Stationen, Haltestellen, Haltepunkten, Werkstätten und Rettungswagen untergebracht sind. Auf den grösseren Stationen sind Räderbahren eingestellt. Als Material für das Rettungswerk sind vorhanden Rettungskästen, Verbandkästen, Petroleumkocher, Trinkwasserbehälter, Trag-, Fahrbahren und zusammenlegbare Betten. Die Rettungskästen befinden sich auf allen Stationen und Haltestellen, Werkstätten, Zügen, sie werden halbjährlich nachgesehen. Auf den Stationen befinden sich ausserdem Transportmittel. Die Bahnbeamten erhalten Unterricht in der ersten Hülfe.

Ausserdem sind noch in den meisten Europäischen Staaten und auch vielen Aussereuropäischen Ländern Rettungseinrichtungen vorgesehen, die sich auf Bereithaltung von Verband- und Transportmaterial im Zuge und in den Stationen beschränken.

### IV. Rettungswesen im Gebirge.

Die erste Hülfe im Gebirge ist jetzt in vielen Gegenden in mehr oder weniger zweckmässiger Weise geordnet. Besonders ist in den Hochgebirgen, in den Alpen, ein umfangreicher Rettungsdienst eingerichtet worden. Es ist ein besonderes Verdienst der verschiedenen Gebirgsvereine und -clubs, für diese Verhältnisse jetzt in umfangreicher Weise Sorge getragen zu haben.

Wie S. 442 auseinandergesetzt, nimmt den Haupttheil des Rettungsdienstes im Gebirge die Sorge für die Beförderung der Verunglückten ein. Man hat jetzt in den Clubhütten für Aufstellung von im Gebirge geeigneten Transportmitteln gesorgt und auch dort Verbandmittel und Medicamente für erste Hülfe bei Verunglückungen und plötzlichen Erkrankungen bereit gestellt. Vor allen Dingen hat man Unterrichtscurse in der ersten Hülfe für die Führer eingerichtet und diese mit den nothwendigsten Dingen für diesen Zweck ausgestattet. Gerade im Gebirge bietet sich für die Improvisation ein sehr dankbares Feld, indem da, wo jede Vegetation aufhört, das Material der Hütten auch nicht immer leicht erreichbar ist. Es kommt hier auf einen praktisch geschulten Blick an, welcher auch an den unwirthlichsten Plätzen noch Dinge herausfinden kann, aus welchen Transport- und Verbandmittel im Augenblick der Noth hergestellt werden können. Bernhard-Samaden, Seydel und Lieber, ferner in neuer Zeit auch Baur in Schwäbisch-Gmünd haben besondere Leitfäden für diese Zwecke verfasst, in welchen die Verhältnisse bei Unfällen im Gebirge berücksichtigt sind. Baur und besonders Kormann-Leipzig haben eigene Apotheken für die Zwecke der ersten Hülfe in den Bergen zusammengestellt. Letzterer hat die meisten Medicamente in abgetheilten Gaben in seine Apotheke eingefügt, so dass sie leicht nach der beigegebenen Gebrauchsanweisung benutzt werden können.

Für den Rettungsdienst in den Alpen hat sich seit 1897 eine besondere Rettungsgesellschaft mit dem Sitze in Innsbruck gebildet, die „Alpine Rettungsgesellschaft". Der Verband behält sich vor, an anderen Orten der Oesterreichischen Alpen Zweigverbände zu gründen und hat als Zweck: „Hülfeleistung bei alpinen Unfällen". Die Mittel hierfür sind: Gründung eines Rettungsfonds, Einrichtung eines schnellen und zuverlässigen Nachrichtendienstes und Mitwirkung der activen Mitglieder bei den Rettungsarbeiten. Die weiteren Aufgaben der Gesellschaft ergeben sich aus den:

„Satzungen und Einrichtungs-Bestimmungen der Alpinen Rettungs-Gesellschaft.

Bildung und Aufgaben
der
Rettungsstationen.

Die geplante Ausdehnung des Wirkungskreises der alpinen Rettungs-Gesellschaft über das ganze Ostalpengebiet — soweit für dasselbe nicht eigene alpine Rettungs-

ausschüsse bestehen — erfordert die Gründung von Rettungsstationen, als welche die im § 1 der Satzungen erwähnten „Zweigverbände“ gedacht sind. Die Wirksamkeit wieder stützt sich auf die Thätigkeit der Activen und Vertrauensmänner.

### I. Rettungs-Stationen

sollen zum Allermindesten an allen jenen Punkten des Alpengebietes — soweit es für die Thätigkeit der a. R.-G. in Frage kommt — entstehen, die sich ihrer Lage nach als Mittel- und Ausgangspunkte alpin-touristischer Unternehmung darstellen, ohne Rücksicht auf die sonstige Grösse oder politische Bedeutung der betreffenden Ortschaft.

Hervorragend berufen zur Bildung einer Rettungsstation erscheinen die alpinen Vereine, aber auch in jenen Orten, die nicht Sitz solcher alpiner Vereine sind, mögen Rettungsstationen entstehen, und dürfte dies aus dem Grunde nicht schwer fallen, da zu einer solchen weder die Schaffung eines vielgegliederten Körpers, noch ein umständlicher Verkehr mit Behörden erforderlich ist; es genügen einige wenige Männer, wenn sie nur für das menschenfreundliche Unternehmen der a. R.-G. begeistert und bereit sind, für diesen Zweck die nicht allzugrosse Mühe einzusetzen.

Die Aufgaben der Rettungsstation sind:

1. Hilfeleistung bei einem im Arbeitsgebiete der betreffenden Station vorgekommenen alpinen Unfalle, beziehungsweise, falls bereits ein Vertrauensmann solche veranlasst hat, in dieselbe zweckentsprechend einzugreifen und nach Maassgabe des Falles weitere Arbeitskräfte an den Ort des Unfalles zu entsenden. Die Bestimmung der nothwendigen Zahl dieser letzteren muss unter Vermeidung unnöthiger Auslagen und eines Aufgebotes überflüssiger Kräfte der Erfahrung und Einsicht des Leiters der Rettungsstation überlassen bleiben.
2. Gewinnung tüchtiger Alpinisten zur activen Dienstleistung bei den vorkommenden Rettungsarbeiten, — der „Activen“.
3. Aufstellung von „Vertrauensmännern“ in den Bergen.
4. Einrichtung des Nachrichtendienstes.
5. Ausfüllen, Verbreitung und Evidenzhaltung der im Punkt IV. näher bezeichneten Anschlagzettel (Placate).
6. Gewinnung von beitragenden Mitgliedern und Abfuhr der Mitgliedsbeiträge an die Centrale.
7. Verkehr mit benachbarten Rettungsstationen, Einigung mit diesen über die örtliche Abgrenzung des Arbeitsgebietes und gegenseitige Unterstützung mit Hilfskräften im Bedarfsfalle.

### II. Das Arbeitsgebiet.

Die Wahl und Begrenzung des Arbeitsgebietes steht den einzelnen Stationen zu, die Grösse desselben wird sich insbesondere nach den Wege- und Verkehrsverhältnissen, nach der Zugänglichkeit des Gebietes, der Zahl der verfügbaren Kräfte und nach der Zahl oder Nähe benachbarter Rettungsstationen richten.

Wenngleich hierbei dem Ermessen der einzelnen Stationen weitester Spielraum gelassen werden soll, erscheint doch wünschenswerth, dass — bei vollständig durchgeführter Organisation — jeder Punkt im Alpengebiete zum Arbeitsfelde einer Station gehöre, und dessentwegen die Grenzen zwischen zwei benachbarten Stationen in beiderseitigem Einverständniss festgesetzt werden.

Die gezogenen Grenzen sollen aber keine Schranken für die Pflicht zur Hilfeleistung bilden, wenn gegebenenfalls eine Rettungsstation in die Lage kommt, früher als diejenige, auf deren Gebiet sich ein Unfall ereignete, einzuschreiten.

III. Die Activen.

Als solche sollen nur erfahrene und mit dem betreffenden Arbeitsgebiete vertraute Alpinisten herangezogen werden, denn ihnen obliegt zumeist unmittelbar die verantwortungsvolle Leitung der Rettungsarbeiten.

Der Natur der Sache nach hat der Active ganz selbständig in das Rettungswerk einzugreifen, die erforderlichen Hilfskräfte anzuwerben und seinem gewissenhaften Ermessen muss die Ausdehnung der Rettungsarbeiten zumeist überlassen bleiben.

Wünschenswerth erscheint es, dass die Activen sowie womöglich auch die Vertrauensmänner über die nöthigen Kenntnisse in der ersten Hilfeleistung bei Unglücksfällen verfügen.

Als oberster Grundsatz hat in dieser Richtung zu gelten, dieselben soweit auszudehnen und so lange fortzusetzen, als nach menschlicher Voraussicht an die Rettung eines Menschenlebens gedacht werden kann.

Ueber Durchführung der Rettungs- und Bergungsarbeiten selbst lassen sich allgemeine Regeln nicht aufstellen; dieselbe muss der Erfahrung und Gewissenhaftigkeit des Leiters anheimgestellt werden, über dessen Person sich die betheiligten Activen fallweise zu einigen haben.

IV. Die Vertrauensmänner

sind die für dieses Amt gewonnenen Bergbewohner auf den vorgeschobenen Posten. Ihre Pflicht ist es, in jedem Falle zuerst Hilfe zu leisten, ihre nächstgelegene Rettungsstation zu verständigen und nöthigenfalls von derselben Unterstützung zu fordern.

Mit Rücksicht auf die ihnen zufallenden Aufgaben werden sich zu Vertrauensmännern vorzüglich eignen: Bergführer, Träger, Inhaber hoch gelegener Wirths- und Unterkunftshäuser, Bewirthschafter von Schutzhütten, Alm- und Jägersleute, Besitzer hoch gelegener Einzelhöfe u. s. w.

Um den Alpenwanderern von diesen Grundpfeilern des Rettungswesens Kenntniss zu geben, andererseits, um den Nachrichtendienst möglichst zu beleben, dienen die Anschlagzettel (Placate) nachstehenden Inhaltes:

„Alpin-touristische Unfälle.

Für die erste Mittheilung eines alpin-touristischen Unfalles oder der Vermissung eines Touristen im Gebirge bezahlt die alpine Rettungs-Gesellschaft eine Prämie von 5 bis 10 Kronen, auch werden die erwachsenden Kosten vergütet. Nachrichten sind an Herrn (Name und Wohnort des nächsten Vertrauensmannes) oder an die Rettungsstation (Sitz und eventuelle Angabe der Meldestelle) oder an die Centrale der alpinen Rettungs-Gesellschaft in Innsbruck (Telegramm-Adresse: Alpine Rettungs-Gesellschaft Innsbruck) zu richten.

Die alpine Rettungs-Gesellschaft“.

Es ist eine wichtige Aufgabe der Rettungsstation diese Anschlagzettel entsprechend auszufüllen und an geeigneten Stellen, (an Unterkunftshäusern, Schutzhütten, hochgelegenen Wirthschaften, Almen, Jägerhäuser, sowie auch in Ortschaften im Thale) anzubringen und unbrauchbar gewordene oder infolge Aenderung im Stande der Vertrauensmänner nicht mehr der Wahrheit entsprechende durch neue, bezw. richtig gestellte zu ersetzen.

(Die erforderliche Anzahl Anschlagzettel stellt die Centrale bei.)

V. Der Nachrichtendienst.

Auch dieser obliegt in erster Linie dem Vertrauensmanne, der einen in seinem Gebiete vorgefallenen Unfall an seine Rettungsstation zu melden hat.

In der Regel wird er mit dieser Meldung gleichzeitig die erforderliche Unterstützung anfordern.

Um solche Benachrichtigungen bei Tage wie bei Nacht entgegennehmen zu können, muss am Sitze der Rettungsstation eine jederzeit — auch bei Nacht — zugängliche Stelle geschaffen werden. — Zu solchen eignen sich die Wohnung des Vorstandes der Rettungsstation, des Apothekers, Gemeindevorstehers, Gasthäuser, Gendarmerieposten u. dgl. — deren Aufgabe dann ist, die Activen und in jedem Falle den Vorstand, bezw. dessen Stellvertreter zwecks Einleitung der Rettungsarbeiten zu verständigen.

Zu diesem Zwecke hat an der Meldestelle ein Verzeichniss der Activen Mitglieder mit genauer Angabe der Wohnung aufzuliegen.

Die Meldestelle selbst wird durch eine Tafel kenntlich gemacht, die von der Centrale beigestellt wird.

## VI. Anhang.

Durch Entgegenkommen der höchsten Centralstellen, insbesondere Sr. Excellenz des Herrn Statthalters, des Chefs der k. k. Forst- und Domänen-Direction, der k. k. Finanz-Landes-Direction sowie des Landesverbandes der deutsch-tirolischen Feuerwachen sind sämmtliche Gendarmerie-Posten, das Forst-, Jagd- und Finanzpersonal und die Mitglieder der einzelnen Ortsfeuerwehren in den Dienst der alp. Rettgs.-Gesellsch. gestellt und von ihren Vorgesetzten angewiesen von jedem ihnen bekannt gewordenen alpinen Unfalle, sowie einer Besorgniss erregenden Vermissung sofort die nächste Rettungsstation — in Gebieten, wo noch keine solchen bestehen, — die Centrale in Innsbruck zu verständigen.

Die Gesellschaft hat besonders an die Bergführer einen Aufruf gerichtet mit der Bitte: „1. Bei jedem vorkommenden Unfalle wenn und soweit möglich, sofort Hülfe zu leisten. 2. Wenn die eigene Kraft nicht ausreicht, die nächstgelegene Rettungsstation, oder wenn eine solche in der Umgebung nicht besteht, die Centrale der Alpinen Rettungsgesellschaft in Innsbruck dringendst (telegraphisch) zu verständigen und Hülfe zu verlangen. Dagegen sichert die Alpine Rettungs-Gesellschaft dem Führer vollen Ersatz seiner Mühewaltung und Auslagen, sowie ausserdem nach Umständen des Falles und der Verwendung eine Belohnung von 5 bis 10 Kronen zu."

Die Gesellschaft hat eine rege Thätigkeit entfaltet. Die Meldestellen sind durch Metalltafeln gekennzeichnet. Besonders wurden neue Tragbahren angeschafft, die ich an anderer Stelle des Handbuchs beschrieben.

Die Rettungsstationen, welche in zahlreichen Orten der Ostalpen eingerichtet sind, haben Tag und Nacht zugängliche Meldestellen für die vorkommenden Unfälle. Sie sind mit Rettungskästen und Transportmitteln ausgerüstet.

Durch internationale Vereinbarung ist ein allgemeines alpines Nothsignal eingeführt worden. Sechs hörbare oder sichtbare Zeichen in etwa einer Minute wiederholt gelten als Nothsignal, z. B. Rufen, Jauchzen, Pfeifen, Schüsse, Schwenken mit einem Tuch oder Kleidungsstück, bei Nacht Schwenken mit einer Laterne oder sonst einem Licht oder Feuer. Das wesentliche Erkennungsmerkmal ist die sechsmalige Wiederholung.

Jedermann, der dieses Zeichen sieht oder hört, ist verpflichtet, sofort Hülfe zu leisten, oder falls dies unmöglich, Hülfe zu holen oder wenigstens sogleich gehörigen Ortes Anzeige zu machen. Das Zeichen darf nur gegeben werden, wenn Leben oder Gesundheit von Menschen in Gefahr ist. Vor Missbrauch wird gewarnt.

Der Riesengebirgsverein beabsichtigt ähnliche Einrichtungen zur Hülfe Verunglückter ins Leben zu rufen.

Im Harz sind durch den Harzclub, Zweigverein Braunschweig, Rettungskästen an verschiedenen Stellen, wo ärztliche Hülfe schwer zu erreichen, aufgestellt worden. Die Stellen sind durch Schilder mit dem Genfer Kreuz kenntlich gemacht und in gleicher Weise auf der Tourenkarte angegeben.

### V. Rettungswesen in Bergwerken.

Von älteren Verordnungen, welche sich auf Unfälle im Bergbau beziehen, sollen vor allen Dingen zwei hier erwähnt werden, deren eine in der

„Nassau-Catzenelnbogischen Berg-Ordnung zweyte Aufflage / welche anjetzo gedruckt / In Wetzlar / durch Georg Ernst Winckler 1711“

sich befindet. Es lautet daselbst:

„Der 65. Articul.

So Arbeiter an der Bewercken Arbeit Schaden nehmen.

Und so ein Arbeiter in der Gruben / oder an anderer Gewercken Arbeit / an Gliedmass / Arm oder Bein brechen / oder dergleichen Fällen Schaden nimpt / so soll demselben Arbeiter vier Wochen sein Lohn / und das Artzt-Geld entricht werden.“

Die zweite hat den Titel:

„Friedrich Hondorffs Fürstl. Magdeb. Hoff- und Justitien Raths, auch Saltzgräfens Beschreibung des Saltz-Wercks zu Halle in Sachsen, vermehret von Johann Christoph von Dreyhaupt. Königl. Preussischem Geheimen Rath und Saltzgräfen zu Halle. Gedruckt in Halle bey Emanuel Schneidern, Universitäts-Buchdrucker. 1749.“

Dort ist

„Cap. XVI. Von der Würcker, Saltz-Knechte, Träger, Läder und Stöpper Extraordinar-Verrichtungen.

§ 6. wegen derer, so in Feuers-Noth, an ihrem Leibe verbrand werden, Arm oder Bein entzwey fallen, oder sonst einigerley Schaden an ihrem Leibe nehmen, hat Ertz-Bischoff Albertus Anno 1516 verordnet; dass denselben, wo es im Thale geschehen; vom Thale; do es aber sonsten in der Stadt geschehen, durch den Rath, ziemliche und leidliche Erstattung, nachdem der Schade gross oder klein ist; mit Erlegung des Artz-Lohns, wiederfahren solle.

§ 7. Wan bey grossen Wässern das Thal in Gefahr stehet, müssen sich die Würcker sambt Lädern, Stöppern, und ihren Knechten zu Hackenhornischen Spulhause finden; das in der Spule zusammenlauffende

Wasser; heraufhaspeln; und in den Kahn aus den Eimern störtzen; aus welchen es; in darzu gemachten Rinnen fället; und in denselben wieder hinaus; in den Saalstrom fliesset."

Die in Bergwerken sich ereignenden Unfälle sind gewöhnlich Massenunfälle, bei welchen eine mehr oder weniger grosse Zahl von Menschen getödtet, verletzt oder durch drohende Erstickung oder durch verschiedene andere Umstände in einen lebensgefährlichen Zustand versetzt wird, aus welchem die Personen nur durch Hülfe von aussen oder durch besondere Vorkehrungen im Inneren der Bergwerke errettet werden können. Auch hier ist der Krankentransport ein bedeutsamer Bestandtheil des Rettungsdienstes, denn, wie bereits S. 444 dargelegt, ist eine Hülfe bei den Verunglückten im Inneren der Gruben nur schwer durchführbar. Der Verunglückte muss von der Unfallstelle, an welcher ein weiteres Verbleiben oft direct das Leben gefährdet, so schnell als möglich fortgebracht werden und zwar wenn dies möglich, an einen anderen unversehrten Ort untertags oder an die Oberfläche. Nicht nur in einzelnen Gruben in Deutschland, sondern auch im Auslande, z. B. Belgien, England, Frankreich, Spanien, Italien, sind vortreffliche Einrichtungen für diese Zwecke vorhanden. Natürlich werden durch sie nur die Folgen der Unfälle einigermassen gemildert. Auch die zur Verhütung der Unglücksfälle in den Gruben vorhandenen Vorkehrungen sind sehr ausgedehnte. Ein Theil der Unfälle wird, wie dies bei zahlreichen Unglücksfällen überhaupt der Fall ist, durch Unachtsamkeit und Sorglosigkeit der Arbeiter bedingt, welche durch Gewöhnung an die Gefahren, welchen sie täglich ausgesetzt sind, die vorgeschriebenen Vorsichtsmassregeln ausser Acht lassen, indem sie meinen, in dem einen Falle könne es vielleicht ohne Zuhülfenahme der betreffenden Vorkehrungen gehen. Gerade in einer Grube ist dies aber um so verderblicher, als hier zahlreiche Menschen auf einem Platze zusammenarbeiten, welchen sie nicht ohne Weiteres verlassen können, sodass die Sorglosigkeit des Einzelnen Vielen zum Verderben wird.

Das allgemeine Berggesetz schreibt in Preussen bezüglich der Unglücksfälle Folgendes vor:

§ 204. Ereignet sich auf einem Bergwerke unter oder über Tage ein Unglücksfall, welcher den Tod oder die schwere Verletzung einer oder mehrerer Personen herbeigeführt hat, so sind die im § 203 genannten Personen zur sofortigen Anzeige an den Revierbeamten und an die nächste Polizeibehörde verpflichtet.

1. Der Revierbeamte ordnet die zur Rettung der verunglückten Personen oder zur Abwendung weiterer Gefahr erforderlichen Maassregeln an.

2. Die zur Ausführung dieser Maassregeln nothwendigen Arbeiten und Hülfsmittel hat der Besitzer des Bergwerks zur Verfügung zu stellen.

3. Die Besitzer benachbarter Bergwerke sind zur Hülfeleistung verpflichtet.

Sämmtliche Kosten für die Ausführung der im § 205 bezeichneten Maassregeln trägt der Besitzer des betreffenden Bergwerks, vorbehaltlich des Regressanspruchs gegen Dritte, welche den Unglücksfall verschuldet haben.

Wohl am ausgezeichnetsten sind die Rettungsvorkehrungen in der

Zeche Shamrock bei Herne, welche ein Werk des Bergwerkdirectors G. A. Meyer sind, und welche als ein Beispiel für ähnliche Veranstaltungen an dieser Stelle ausführlicher dargestellt werden sollen.

Die Vorkehrungen für die erste Hülfsleistung auf Shamrock sind auf dem allgemein anerkannten Grundsatz aufgebaut, den durch den Unfall eingetretenen Schaden auf das vorhandene Maass zu beschränken. Das Gebiet des eigentlichen Heilverfahrens wird, abgesehen von der Reinigung und der Anlegung eines Notverbandes, nicht betreten.

Es befindet sich in jedem Steigerrevier eine bestimmte Aufbewahrungsstelle für folgende Hülfsleistungsmittel:

1. Eine cylindrische Blechbüchse von 45 cm Länge, 13 cm lichtem Durchmesser; in dieser liegen folgende Gegenstände:

2 Holzschienen, 20 cm lang, 5 cm breit, Oberarm,
2 „ 40 „ „ 5 „ „ Unterarm,
2 „ 45 „ „ 5 „ „ Unterschenkel,
4 Mullbinden, 5 m lang, 10 cm breit,
4 „ 5 „ „ 5 „ „
100 g Verbandwatte.

An der cylindrischen Schlussfläche zwischen Büchse und dem aufschiebbaren Deckel ist an der ersteren Filzstoff aufgelegt, der einen nahezu luftdichten Abschluss der Büchse ermöglicht und erfahrungsgemäss die Verbandmittel vollständig gegen Einstauben schützt.

Die für die Beförderung der Verletzten in und aus dem Bergwerk erforderlichen Geräthschaften sind im Abschnitt „Krankentransportwesen" dargelegt. Eine wollene Decke zum Einwickeln des Verletzten vor der Beförderung ist nicht zu entbehren. In nächster Nähe des Schachtes befindet sich die Verbandstube über Tag. Dieselbe ist in Shamrock genau wie eine Rettungswache in einer Stadt ausgestattet. Sie enthält neben den sonst gebräuchlichen Gegenständen noch eine Badewanne, auf deren Nothwendigkeit für verschiedene Unglücksfälle ich oben hingewiesen. Die Badewanne kann jederzeit mit dem aus der benachbarten Waschkaue durch eine Rohrschlange gewärmten Wasser gefüllt werden. Die Ausstattung, welche nach Löbker's Angaben hergestellt ist, kostet im Ganzen 1760 Mk., wovon allein 1260 Mk. auf einen Krankenwagen und eine Räderbahre entfallen. Die Ergänzung der Verbandmittel stellte sich 1897 auf ungefähr 900 Mk. Die Krankenbeförderungsmittel sind auf der einen Seite vom Flur der Rettungswache aufgestellt, während man von der anderen Seite des Flures die Verbandstube betritt.

Seit 1893 ist auch nach dem Muster der Englischen Bergwerke eine besondere Sanitätscolonne aus Bergleuten gebildet. Nach einem von Meyer 1898 gehaltenen Vortrage werden die Mitglieder der Colonne von dem fachmännischen Leiter, einem früheren Sanitätssergeanten, ausgebildet. Die Colonne zählt gewöhnlich etwa 30 bis 40 Mitglieder. Sie erhalten für jede Uebungsstunde eine kleine Vergütung. In den drei Jahren von 1896—98 waren die Colonnenmitglieder mehr als 200 mal

selbstständig in der Grube bei Verbänden und Transport Verunglückter thätig. Die Behandlung der zur Wache gebrachten Verletzten ist zunächst Aufgabe des genannten Leiters, in dessen Abwesenheit „ein sorgsam ausgebildeter, geschickter Schreiner“ als Stellvertreter eintritt. Von 6 Uhr Abends ab hat den Nachtdienst der gleichfalls ausgebildete Zechennachtwächter.

Ausser dieser Colonne ist noch eine freiwillige Rettungstruppe, bestehend aus einem Oberführer, 5 Führern und mindestens 20 Mann, in Bereitschaft, welche besonders für die Anwendung des sogleich näher zu beschreibenden Pneumatophors ausgebildet werden. Eine besondere „Anweisung zur Einrichtung und Unterhaltung von Rettungstruppen für die Zechen der Bergwerksgesellschaft Hibernia“, die genau militärisch abgefasste Paragraphen enthält, regelt die gesammte Verwendung und Ausbildung dieser Leute.

In der Anweisung finden sich sorgsame Anleitungen über den Gebrauch des „Pneumatophors“, welcher jetzt in vielen Bergwerken und bei vielen Feuerwehren in Gebrauch ist. Er beruht auf dem Grundsatz, Personen, welche in Rauch oder sonstigen uneinathembaren Gasen oder Medien zu athmen gezwungen sind, gegen die Schädigungen dieser zu schützen. Dieser Gedanke ist keineswegs neu, sondern ziemlich lange bekannt und findet sich besonders in den seit Jahrhunderten bekannten Taucherglocken ausgeprägt. Klingert veröffentlichte 1797 eine „Beschreibung einer in allen Flüssen brauchbaren Tauchermaschine“, aus deren Abbildung hervorgeht, dass damals bereits die Luftzuführung in die Glocke durch einen Schlauch und die Wegschaffung der verbrauchten Luft durch einen anderen Schlauch geschah. Wohl eine der frühesten Beschreibungen eines Geräthes zum Athmen in einer verdorbenen Luft ist die „Beschreibung des Antiaërophthora oder Schutz gegen jede verdorbene Luft“ von Weittenhiller aus dem Jahre 1829. Dieser Apparat bestand aus einer Art Haube aus doppelter grober Leinwand, überzogen mit einer Mischung von Oel, Gummi und Bleiweiss. Vorn ist ein herausstehendes Viereck von Blech, dessen Oeffnung durch einen gläsernen, in einem Scharnier beweglichen Deckel geschlossen ist. Die frische Luft wird durch einen kleinen eingeschalteten Kasten dem Träger zugeführt. Der Kasten hat unten zwei Ansätze, an welche die beiden Schläuche für die verbrauchte und frische Luft befestigt werden. Die gute Luft wird durch einen Blasebalg, welcher an den Zuführungsschlauch angesetzt wird, zugeführt. Die Abbildung des Apparates gleicht erheblich der einer Neupert'schen Rauchhaube.

Der Verfertiger hat bereits damals den Nutzen des Geräthes für Bergwerke mit folgenden Worten geschildert: „Aber nicht nur bei Feuersgefahren giebt das Antiaërophthora entschiedenen Nutzen, auch in Bergwerken, wo schon mancher bei Untersuchung von Schachten sein Leben verlor, kann es seine Wirkung nie verfehlen, indem es durch seine immer reine Luft alle bösen Dünste abhält, dem Arbeiter zu schaden.“

Die für die Athmung besonders in Bergwerken angegebenen Athmungsapparate sind solche, bei welchen die Athmung einfach durch einen in

Essig oder andere chemische Stoffe getränkten Schwamm oder Kissen geleitet wird. Bei dem Respirator von Robert wird durch einen in einem durchlochten Blechgefäss befindlichen, mit Kalkmilch getränkten Schwamm geathmet. Bekannt ist das Vorbinden von Essigschwämmen vor den Mund von Personen, die in Räume mit uneinathembaren Gasen eindringen. Bei den Schlauchapparaten wird die Athmungsluft aus Räumen mit reiner Luft zugeführt, jedoch ist ihre Wirkung nur auf Entfernungen von höchstens 30 m beschränkt. Die Reservoirapparate haben die Athmungsluft in einem Behälter, welchen der Arbeiter auf dem Rücken mit sich führt. Hierher gehören schon Apparate, bei welchen eine Reinigung der ausgeathmeten Luft so bewirkt wird, dass die Kohlensäure durch Alkalien absorbirt wird. Dieser letztere Grundsatz ist nun in noch verbesserter Art bei den Sauerstoffapparaten und Pneumotophoren in Anwendung gezogen, bei welchen eine Regenerirung der Ausathmungsluft stattfindet.

Den den Pneumatophoren zu Grunde liegenden Gedanken habe ich bei einer Vorführung mehrerer derartiger Apparate im Verein für innere Medicin in Berlin so geschildert:

Der Mensch verarbeitet von dem eingeathmeten Sauerstoff im Mittel 4 pCt. zu Kohlensäure. Es stehen im Pneumatophor 60, bezw. 100 l Sauerstoff zur Verfügung. Da ein Mensch in einer Minute ein Volumen von 5 l Gas ein-, bezw. wieder ausathmet, so würde die genannte Menge von 60 l Sauerstoff in 12 Minuten, die von 100 l in 20 Minuten verbraucht sein. Da der Mensch aber nur 4 pCt. davon ausnutzt, die übrigen 96 pCt. mit der Ausathmungsluft wieder ausscheidet, so kommt es darauf an, die Auathmungsluft von der in ihr enthaltenen Kohlensäure zu befreien, um so diese 96 pCt. Sauerstoff, welche in der Ausathmungsluft enthalten sind, für die Athmung wieder nutzbar zu machen. Das erreicht der Pneumatophor durch Fortschaffung der Kohlensäure durch Aetzalkalien. Er stellt wieder reinen Sauerstoff her und bewirkt dadurch, dass mit 60 l Sauerstoff 1—$1^1/_2$, mit 100 l 2—$2^1/_2$ Stunden Arbeit geleistet werden kann. Diese Zahlen beruhen nicht nur auf praktischen Erfahrungen mit den Apparaten, sondern lassen sich auch in einfacher Weise aus dem, was wir über den Sauerstoffverbrauch des ruhenden und arbeitenden Menschen wissen, herleiten. Der ruhende Mensch verbraucht im Mittel etwa $^1/_4$ l O in der Minute, der schwer körperlich arbeitende — so wie es bei dem Rettungswerke der Fall ist — würde höchstens das Vierfache dieser Menge, d. h. etwa 1 l O in der Minute verbrauchen. Da 60 l in der kleinen Sauerstoffbombe des Apparates enthalten sind, so würde diese mindestens 1 Stunde ausreichen, die grössere mit ihren 100 l mindestens $1^3/_4$ Stunden.

Bereits 1853 hatte Schwann-Lüttich ein „Aerophor" hergestellt, in welchem zum ersten Male Sauerstoff als Athmungsluft in Anwendung gezogen wurde. Erst bei Gelegenheit der Brüsseler Ausstellung für Hygiene und Rettungswesen 1878 wurde auf ihn die Aufmerksamkeit gelenkt.

Der Apparat besteht aus einem auf der Brust befindlichen elastischen Behälter, aus welchem durch ein Mundstück die Einathmung geschieht. Die Nase ist durch eine Klemme verschlossen. Ausgeathmet wird durch ein Rohr in einen tornisterartig auf dem Rücken getragenen Behälter mit Alkali, welches der Ausathmungsluft die Kohlensäure ent-

zieht. In der Nähe des Ausganges des Behälters wird die von der $CO_2$ befreite Luft mit O vermischt, welcher aus besonderen Gefässen durch ein Ventil hier eintritt, so dass die Luft beinahe normal wieder in den Athmungssack zurückkommt. Beim Apparat von Fleuss ist eine fest schliessende Gesichtsmaske vorhanden, die Anordnung der Athmungsbehälter ist eine etwas andere, wie vorher, als Alkali wirkt Soda. Der Apparat ist ziemlich schwer an Gewicht und wurde auch bald verändert.

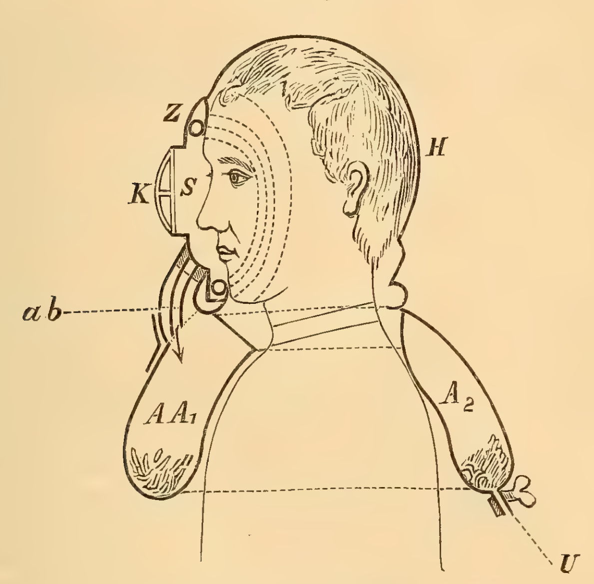
Ein Umschwung in der Verfertigung der Apparate geschah durch die Herstellung des verdichteten Sauerstoffs, obwohl bereits Sauerstoff in dem Apparate von Fleuss verwendet worden war, welcher unter einer Spannung von 4 bis 6 Atmosphären stand. Die neuen Apparate können sowohl zur Selbstrettung als zur Rettung Verunglückter benutzt werden.

Wenn auch durch verschiedeue Forscher die Verwendung des verdichteten Sauerstoffs bei verschiedenen Erkrankungen der Athmungs- und Verdauungswerkzeuge keineswegs als sehr wirksam befunden wurde, so ist doch wohl anerkannt, dass bei Kohlenoxydvergiftungen, also gerade bei den Zuständen, welche bei Verunglückungen in Bergwerken vorkommen, der verdichtete Sauerstoff gute Dienste leistet. Von Einzelnen wird der Sauerstoff bei der Kohlenoxydvergiftung als directes Gegenmittel betrachtet. Da die meisten Opfer von Grubenunglücken an Erstickung zu Grunde gehen, so ist die Herstellung der Apparate als ein grosser Fortschritt anzusehen, weil sie den Rettern ermöglichen, nach einer Explosion oder während oder nach einem Grubenbrand schnell in die Grubenräume hineinzugelangen und die Bewusstlosen schleunigst an die Oberfläche zu bringen, wo Wiederbelebungsversuche mit Sauerstoff angestellt werden können.

Der Pneumatophor setzt alle damit ausgestatteten Personen in den Stand, in die mit gefährlichen Gasen gefüllten Räume unabhängig von der zum Verunglückten zurückzulegenden Entfernung einzudringen. Der zuerst hergestellte Apparat ist nach Angabe von Walcher-Uysdal, Gaertner und Benda angefertigt. Er besteht aus einem Athmungsbeutel mit einem Lufahfaserkissen, der Sauerstoffflasche, dem Laugenapparat, Nasenklemme. Der Athmungsbeutel hat ein Mundstück aus Gummi, welches zwischen den Zähnen festzuhalten ist, an der Seite einen Schlitz, durch welchen der Laugenapparat und die Sauerstoffbombe eingesetzt werden, so dass das Verschlussrädchen der Sauerstoffflasche nach aussen zum Erfassen bereit liegt. Der Apparat wird durch über den Rücken geführte Riemen am Körper festgehalten. Die jetzt von der „Sauerstoff-Fabrik Berlin“ gelieferten Sauerstoffflaschen haben einen Inhalt von 0,6 Liter und enthalten bei 100 Atmosphären Druck 60 Liter Sauerstoff. Der Laugenapparat enthält eine Flasche mit 40proc. Natronlauge, welche durch eine besondere im Augenblick des Gebrauches in Thätigkeit zu versetzende Schraube zertrümmert wird, so dass sich die Flüssigkeit frei ergiesst. Um die Glassplitter zu sammeln, ist der Laugenapparat mit einer Organtinhülle versehen. Mittelst der Nasen-

klemme wird von aussen die Nase geschlossen. Der Oesterreichische Bergrath Johann Mayer und Ingenieur Pilar haben nun diesen Apparat durch Neupert verbessern lassen. Wie Abbildung 9 zeigt, ist ein Athmungsbeutel $AA_1A_2$ mit vorderem und hinterem Abschnitt vorhanden, der mit der Rauchhaube H verbunden ist. Die Maske ist vorn durch eine Glasscheibe S verschlossen, die zum Schutz aussen durch gekreuzte Metallstücke gedeckt ist. An ihrer Innenseite ist ein lederbezogener Wischer angebracht, der durch einen Bügel von aussen her über die Innenfläche bewegt werden kann, um während des Gebrauches die Feuchtigkeit, die sich beim Athmen niederschlägt und das Sehen hindert, zu ent-


Abbildung 9.




Neupert'sche Rauchhaube.

H Rauchhaube. A Vorderer Theil des Beutels. S Glasscheibe. K Gekreuzte Schutzstäbe aus Eisen. ab Blechröhrchen zur Leitung der ein- und ausgeathmeten Luft. U Schlitz mit Flügelschraube.

fernen. Die Athmung erfolgt durch die Blechröhren a und b, die den Athmungssack mit der Maske verbinden. Die Sauerstoffflasche wird an einem Schulterriemen an der Hüfte getragen und mit einem Ansatz am Athmungsbeutel verbunden. Zum Wechsel der entleerten Flasche muss eine zweite in Bereitschaft gehalten werden. Zur Absorption der $CO_2$ dient Aetzkali, Aetznatron oder Natronkalk, welche unmittelbar vor Gebrauch des Apparates in den Vordertheil des Athmungsbeutels $AA_1$ geschüttet werden. Der Apparat von Walcher dient also besonders zur Selbstrettung, der Neupert'sche, der die freie Bewegung weniger hindert, zur Benutzung der Rettungsmannschaften zur Hülfe bei Anderen.

Inzwischen sind die Apparate von Fleuss und von Walcher verschiedentlich abgeändert worden. Besonders ist jetzt ein von G. A. Meyer auf Zeche Shamrock benutzter Apparat hervorzuheben, bei welchem der Athmungssack des Walcher'schen Pneumatophors abgeändert ist, und ferner zwei Sauerstoffflaschen vorgesehen sind. Die Apparate sind ordnungsmässig auf einem Gestell aufzubewahren.

Es ist möglich, 2—3 Stunden mit solchem Apparat in qualmerfülltem Raume sich aufzuhalten. Die Rettungsmannschaft muss mit der Handhabung der Apparate gut eingeübt werden. Branddirektor Giersberg-Berlin hat erhebliche Abänderungen der vorhandenen Apparate vorgenommen und einen neuen Athmungsapparat hergestellt, der sich sehr gut zu bewähren scheint.

Ganz vortrefflich sind die Rettungsvorkehrungen im Ostrau-Karwiner Steinkohlenrevier. Neben den obertägigen Rettungsstationen ist eine Obertags- und eine Grubenwehr vorhanden. Während erstere für Aufrechterhaltung der Ordnung obertags sorgt, wirkt letztere direct als Rettungswehr.

Die Rettungsmannschaft wird durch eine genau abgefasste Dienstanweisung über alle ihre Obliegenheiten unterrichtet. Diese Anweisung ist auf Papptafeln aufgeklebt und hängt mit der Instruction für die Beamten an verschiedenen Stellen aus. Auch hier wird die Anwendung des Sauerstoffs für die Gruben empfohlen.

Von anderen Gruben sind noch einzelne zu nennen, auf welchen sehr vortreffliche Vorschriften für die Rettung Verunglückter erlassen sind. So hat der Saarbrücker Knappschaftsverein, dessen Fahrbahre und Krankenwagen oben erwähnt wurde, auch hervorragend für Hülfe bei Unglücksfällen Sorge getragen. In gleicher Weise ist im Steinkohlenbergwerk „König" bei Königshütte O.-Schl. eine „Dienstanweisung für die Feuer- und Rettungswache und für die Feuerwehr und die Rettungsmannschaften" erschienen, in welcher sowohl für Feuersgefahr als auch Unfälle durch andere Ursachen Vorsorge getroffen ist. Die betreffende Truppe, welche für beide Arten ausgebildet wird, hat bei den Uebungen mit Rettungsapparaten sowohl Pneumataphore als auch die Stolz'sche und die Meyer'sche Rauchmaske, ferner wird die Handhabung der Sicherheitslampen, der Transport Verunglückter und deren Behandlung mit Benutzung der Sauerstoffapparate geübt.

Das Königliche Oberbergamt Dortmund hat in seiner „Bergpolizei-Verordnung betreffend Maassregeln zum Schutze der Gesundheit der Bergleute sowie zur ersten Hülfeleistung bei Unfällen" gleichfalls das Vorhandensein eines Rettungszimmers in jeder selbständigen Schachtanlage mit allen erforderlichen Gegenständen sowie auch die Bereithaltung geeigneter Transportmittel vorgeschrieben.

In den oben erwähnten Ausserdeutschen Ländern sind auch besondere Vorkehrungen für Bergwerksunglücksfälle vorhanden. Besonders in England sind zahlreiche Versuche betreffs Anwendung des Sauerstoffes für das Rettungswesen in Bergwerken unter Berücksichtigung der hier gerade herrschenden besonderen Verhältnisse gemacht worden. Ferner

sind in Belgien, welches zahlreiche Kohlenbergwerke besitzt, Arbeiten über diesen Punkt erschienen. Und auch Frankreich und Spanien haben theilweise vortreffliche Vorkehrungen für diese Zwecke. Die für Bergwerke oben beschriebene Englische Tragbahre, welche gestattet, den Verunglückten, wie es die Verhältnisse im Bergwerk zuweilen erfordern, auch in aufrechter Haltung auf einer Trage befestigt auf engen Wegen zu befördern, ist in ziemlich ähnlicher Gestaltung auch in Spanischen Bergwerken vorhanden. Die in „Cartilla Sanitaria para uso de los Mineros de la Compania“ abgebildete Trage ist sicher bequemer für den Verletzten als die Englische, da sie sehr gut gepolstert ist, was bei der Englischen nicht der Fall ist.

## B. Specielle Einrichtungen für das Rettungswesen in einzelnen Ländern.

### I. Europa.

#### 1. Deutschland.

##### a) Berlin.

Nach einer Polizeibekanntmachung vom 12. Juli 1899 (erneuert) stehen 24 Kästen mit Verbandzeug und Mitteln für die erste Hülfe bei Unglücksfällen, Verletzungen und plötzlichen Erkrankungen, welche der Magistrat dem Polizeipräsidium zur Verfügung gestellt, in verschiedenen Polizeirevierbureaux zur Verfügung. Ferner sind in 19 Polizeirevieren vom Magistrat gelieferte Tragbahren zum Transport Verunglückter aufgestellt. Unter dem 29. Juli 1889 wird bekannt gemacht, „dass auf allen Feuerwehrwachen hierselbst — nach Maassgabe der vorhandenen Mittel — Personen, welche auf der Strasse oder sonst an öffentlichen Orten verunglückt oder plötzlich schwer erkrankt sind, die erste Hülfe geleistet werden kann“. In allen Feuerwehrwachen ist in neuester Zeit verdichteter Sauerstoff vorräthig, der zur Wiederbelebung Bewusstloser abgegeben wird. Von den ersteren Hülfsmitteln ist kein häufiger Gebrauch gemacht worden, und wird jetzt bei den veränderten Verhältnissen noch weniger Gebrauch als früher gemacht.

Die Polizeibeamten sind in grosser Zahl in der ersten Hülfe ausgebildet und angewiesen durch Tagesbefehl vom 21. October 1898 „thunlichst die am leichtesten erreichbare Wache (Sanitätswache, Unfallstation, Rettungswache u. s. w.) zu benutzen“, „wie überhaupt die Entscheidung der Beamten in jedem Einzelfalle hierdurch in keiner Weise beschränkt wird“. Im Rathhaus, allen Markthallen und in zwei Feuerwachtgebäuden (Mauer- und Schönebergerstrasse) sind Sanitäts- und Samariterwachtstuben hergerichtet, um verunglückten Personen vorübergehend Aufnahme und sachverständige Hülfe bis zur Ankunft eines Arztes und zur Weiterbeförderung zu gewähren. Die Sanitätsstuben stehen jedem Arzte zur Benutzung frei.

In ganz bedeutender Weise ist die Berliner Feuerwehr am Rettungsdienste betheiligt. In allen Feuerwachen können Verletzte erste Hülfe erhalten. In allen 15 Feuerwachen sind Tragbahren und Rettungskästen vorhanden, welche zum Brande mitgenommen, und da ein grosser Theil der Officiere und Mannschaften in der ersten Hülfe ausgebildet ist, auch benutzt werden. Im Berichtsjahre 1899/1900 wurde bei Bränden 149 Personen erste Hülfe geleistet, von welchen 11 „unter Assistenz von Aerzten", wie es im Berichte heisst, behandelt wurden. Die Feuerwehr hilft in Berlin überall, wo Hülfe erbeten wird. Ist Menschenleben in Gefahr, so kann die Feuerwehr durch die öffentlichen Feuermelder gerufen werden, welche jetzt durch eine einfache tragbare Vorrichtung mit dem Fernsprechnetz der Polizei und Feuerwehr in Verbindung gesetzt werden können, während sie sonst als einfache telegraphische Feuermelder thätig sind. Bei Verunglückungen von Personen, bei welchen beim Brande die Hülfe der Feuerwehrsamariter nicht ausreicht, können Aerzte herbeigerufen werden.

Zur beständigen Hülfsbereitschaft bei Verunglückten sind auch die städtischen Armenärzte gehalten und von der Polizei zu diesem Zweck herbeizuholen. Es ist dies bereits früh verordnet worden, wie folgender Runderlass zeigt.

Circulare der Königl. Ministerien der geistlichen, Unterrichts- und Medicinal-Angelegenheiten, und des Innern und der Polizei an sämmtliche Königl. Regierungen, die Kur und Verpflegung erkrankter Armen betreffend; v. Kamptz Annalen der Preuss. innern Staatsverwaltung. V. Jahrg. 1821. 2. Heft. S. 411.

Ueber die von der Königl. Regierung darüber erbetene Bestimmung: in welchen Fällen die Aerzte die Kur armer Kranken unentgeltlich verrichten, und in welchen andern Fällen die Gemeinen ihnen dafür Vergütigung leisten müssen, haben die unterzeichneten Ministerien sich dahin geeinigt. 1. An solchen Orten, wo besoldete Armenärzte von der Commune angestellt worden, ist jeder andere Arzt die zur unentgeltlichen Behandlung bei ihm sich meldenden Kranken dieser Commune, in der Regel an den besoldeten Armenarzt zu verweisen befugt, mithin auch, wenn er sich freiwillig den Anforderungen der Menschlichkeit gemäss, der Kur eines Armen unterzogen hat, zu einem Anspruche an die Commune nicht berechtigt. 2. Hiervon ist jedoch der Fall dringender Gefahr und der Nothwendigkeit schleuniger Hülfe ausgenommen. In diesem Falle, so wie 3. überall, wo ein besoldeter Armenarzt nicht existirt, liegt es in dem Berufe so wie in dem Doctoreide des Arztes, dem Kranken, der seine Hülfe anruft, dieselbe ohne Anstand zu gewähren[1]), wenn er aber demnächst wegen seiner Remuneration Anspruch an die Commune machen will, so muss er 4. dieser sofort von dem Falle Anzeige machen, und ihr überlassen, ob und welche andere Vorkehrungen sie zur Heilung des ihrer Sorge anheimfallenden Armen treffen will, und nur in dem Falle, wenn die Gemeine von dem Arzte die Fortsetzung der Kur verlangt, oder, in gefährlichen Fällen, keine anderweitige Anstalten dazu trifft, und den Arzt also in die Nothwendigkeit setzt, mit seinen Hülfeleistungen zur Rettung des Lebens und der Gesundheit des armen Kranken fortzufahren, ist derselbe von der betreffenden Gemeine die Bezahlung seines taxmässigen Honorars zu fordern befugt. 5. Die Ver-

1) Im Original nicht gesperrt.

pflichtung der besoldeten Armenärzte gegen die Communen, so wie überall, so insbesondere auch Rücksichts der Frage, in wiefern sie zur Behandlung solcher kranken Armen verpflichtet sind, die einer andern, als derjenigen Ortsgemeine angehören, von welcher sie als Armenärzte angenommen worden sind, zunächst und hauptsächlich nach dem Seitens der Communen mit ihnen abgeschlossenen Vertrage, oder der dessen Stelle vertretenden Instruction zu beurtheilen. 6. Wo aber diese nicht entscheiden, ist der besoldete Armenarzt nicht verbunden, die ärztliche Behandlung auch derjenigen Kranken unentgeltlich zu übernehmen, welcher sich anzunehmen die besoldende Gemeine gesetzlich verpflichtet ist, obgleich sie zu ihr nicht gehören, und deshalb die besoldende Gemeine Ersatz ihrer Auslagen von einer andern Behörde zu fordern berechtigt ist.

Berlin, den 10. April 1821.

Ministerium der geistlichen, Unterrichts- und Medicinal-Angelegenheiten.
(gez.) v. Altenstein.

Ministerium des Innern und der Polizei.
(gez.) v. Schuckmann.

An die Königl. Regierung
zu Minden.

Abschrift vorstehender Verfügung zur Nachricht und Achtung an sämmtliche übrige Königl. Regierungen.

Berlin, den 10. April 1821.

Ministerium der geistlichen, Unterrichts- und Medicinal-Angelegenheiten.
(gez.) v. Altenstein.

Ministerium des Innern und der Polizei.
(gez.) v. Schuckmann.

Jeder Arzt ist wie jeder Bürger durch Gesetz verpflichtet, dem Rufe der Polizei bei Unfällen nach No. 10 des § 300 des Str.-G.-B. Folge zu leisten, welcher lautet: „Wer bei Unglücksfällen oder gemeiner Gefahr oder Noth von der Polizeibehörde oder deren Stellvertreter zu Hülfe aufgefordert, keine Folge leistet, obgleich er der Aufforderung ohne erhebliche eigene Gefahr genügen konnte, wird mit Geldstrafe bis zu 150 Mark oder mit Haft bestraft“.

Für die Rettung verunglückter oder scheintodter Menschen vom Tode werden an Aerzte, Heilgehülfen, Polizisten im Falle des Erfolges 30, im Falle des Misslingens 15 Mark seitens der Polizeibehörde bezahlt.

Seit mehreren Jahren sind an den Brücken und Uferstellen vom Magistrate Rettungseinrichtungen, Kähne mit Haken, Rettungsbälle und -Ringe, bereit gestellt, auf deren Nothwendigkeit zuerst Wasserfuhr 1888 hingewiesen. Vom Kieler Samariterverein gelieferte Blechtafeln mit Vorschriften für die Wiederbelebung Ertrunkener sind an allen Brücken angebracht.

In allen Theatern und Circus ist bei jeder Vorstellung ein Arzt auf bestimmtem Platze im Zuschauerraum anwesend. Auf der Bühne ist ein Feuerwehrposten aufgestellt.

Von den privaten Einrichtungen zur ersten Hülfe sind die Vereinigungen zur Beschaffung ärztlicher Nachthülfe zu erwähnen, welche in verschiedenen Stadttheilen gebildet wurden. Besonders in den Stadttheilen „Alt-Berlin“, Südwesten und Süden sind sie noch in Thätigkeit. Name und Wohnung an bestimmten Tagen sich bereit erklärender Aerzte

wird in den Polizeibureaux, Apotheken, von den Polizeibeamten, Nachtwächtern und durch Anschläge in den Häusern bekannt gegeben. Zahlung erfolgt bei Bemittelten sogleich oder durch Vermittelung des Vereins, während bei Unbemittelten die Kasse des Vereins die Zahlung der Aerzte übernimmt.

Seit 1882 besteht in Berlin ein Samariterverein, welcher mehrmals im Jahre Curse für erste Hülfe veranstaltet. Es wurden zuerst die Beamten der Feuerwehr, Polizei, Eisenbahn ausgebildet, welche jetzt von ihren zuständigen Aerzten Unterweisung erhalten. Seit 1900 führt der Verein den Namen „Deutscher Samariterverein vom Rothen Kreuz, Zweigverein Berlin.“ Ausserdem werden in vielen anderen Vereinigungen Curse in erster Hülfe eingerichtet. Zu erwähnen sind die aus Sportskreisen begründeten Curse, welche bei Radfahrervereinigungen und Wassersportvereinen, ferner solche für Arbeiter, welche von der Centralcommission der Krankenkassen eingerichtet wurden u. A.

Als Träger des gesammten sanitären Rettungswesens in Berlin sind jetzt die Sanitätswachen, die Unfallstationen vom Rothen Kreuz und die Rettungsgesellschaft thätig. Alle drei Einrichtungen sind privater Natur und verdanken privater Beihülfe unter materieller Unterstützung der städtischen Behörden ihr Fortbestehen.

Die Sanitätswachen wurden nach dem Kriege 1870/71 ins Leben gerufen — obwohl bereits, wie oben dargelegt, bei verschiedenen Epidemien ärztlicher Wachtdienst an bestimmten Stellen eingerichtet war — indem das „Berliner Localcomité des Verbandes zur Pflege im Felde verwundeter und erkrankter Krieger“ (jetzt Berliner Verein vom Rothen Kreuz), um eine Fortsetzung seiner Thätigkeit im Kriege zu bewirken, die erste Sanitätswache in der Brüderstrasse errichtete. In den nächsten Jahren wurden weitere Wachen begründet, bis ihre Zahl im Jahre 1894 auf 20 angestiegen war. Die Berliner Sanitätswachen haben stets nur Nachtdienst ausgeübt, um nicht den Aerzten Concurrenz zu machen. Sie hielten auch trotz mehrfach aus Aerztekreisen gegebenen Anregungen an diesem Grundsatze fest, obwohl sich in der Folge herausstellte, dass dieser bei der Zunahme des Verkehrs auf den Strassen und der Thätigkeit in den Fabriken auf die Dauer nicht mehr haltbar sei, da die meisten Unfälle sich am Tage ereigneten.

Die von Aerzten Berlins mehrfach berathenen Aenderungen dieses Verhältnisses waren ergebnisslos verlaufen, da die Schwierigkeiten der Einrichtung eines ständigen ärztlichen Tages- und Nachtdienstes damals nicht leicht zu überwinden waren.

Hervorzuheben sind vor allen Dingen die vom Aerzte-Verein von West-Berlin herausgegebenen „Vorschläge zur Reform der bisherigen Einrichtungen für Beschaffung ärztlicher Hülfe bei Unfällen“, welche 1890 von einer besonderen Commission, welcher auch ich angehörte, verfasst und den ärztlichen Vereinen sowie den zuständigen Behörden übermittelt wurden. Diese Vorschläge, welche weniger bekannt sein dürften, sollen hier mitgetheilt werden, damit ersehen werden kann,

dass die von den Aerzten erhobenen Forderungen bereits zu jener Zeit die gleichen wie jetzt gewesen, und dass sie grösstentheils bei der Begründung der Rettungsgesellschaft erfüllt worden sind.

„1. Die Stationen müssen Tag- und Nachtdienst haben. Es muss an jeder derselben stets ein, wenn angängig, zwei wachthabende Aerzte dienstthuend anwesend sein, zur Dienstleistung sind möglichst alle Aerzte der Stadt heranzuziehen; bei der beträchtlichen Ziffer des ärztlichen Personals in Berlin ist vorauszusetzen, dass eine so grosse Zahl von Aerzten sich zur Theilnahme meldet, dass die Belastung des Einzelnen, zumal wenn der Umfang der jedesmaligen Wachtzeit nicht zu gross gegriffen wird, sich vermeiden lässt.

2. Die Leitung dieser Stationen muss durch eine feste Organisation zusammengefasst und centralisirt werden, das ganze Institut dieser Rettungswehr muss gleich dem der Feuerwehr einen officiellen Charakter tragen und die Verwaltung derselben hat am besten unter städtischer Leitung, mindestens aber unter financieller Garantie seitens der Stadt zu erfolgen, damit die ganze Einrichtung nicht von dem wechselnden Grad der privaten Wohlthätigkeit abhängig ist und bei erlahmendem Interesse sogar gelegentlich Gefahr läuft, einzuschlafen.

3. Die Aufgabe dieser Rettungsstationen ist es, bei allen Unfällen irgend welcher Art, welche das Leben gefährden, die erste sachgemässe Hilfe in ausreichendem Maasse zu gewähren und als Sammelstationen für die Krankenhäuser zu dienen; die Inanspruchnahme der Stationen für weitergehende innere oder chirurgische Behandlung, als sie der Zweck der ersten Hilfeleistung beansprucht, ist, weil über die gestellte Aufgabe hinausgehend, als ein Missbrauch derselben, streng abzuweisen. Dasselbe gilt für den Fall des leichtfertigen Hilfesuchens in unbegründeten Fällen. Denn es liegt hier der gleiche Fall vor, wie bei der leichtfertigen Herbeirufung der Feuerwehr, und ein Verzicht auf diese Forderung müsste die Wirksamkeit des ganzen Instituts bald erschöpfen.

4. Um schnelle Hilfeleistung zu gewährleisten, sind die geeigneten Maassregeln nach zwei Richtungen zu treffen. Zunächst sind die Stationen mit Telegraph- resp. Telephonverbindung zu versehen, um sofort benachrichtigt zu werden, wenn irgendwo ein schwerer Unfall eintritt. Wir würden auch es als nicht zu weitgehend auffassen, wenn gleich den Feuermeldern oder mit ihnen verbunden Unfallsmelder Aufstellung fänden. Dann aber muss für möglichst schnelle Beförderung der Aerzte und der Hilfsgegenstände an den Ort des Unfalls gesorgt werden. Wir gehen nicht so weit, soviel zu verlangen, wie die Wiener Rettungsgesellschaft bietet, welche über einen Fuhrpark von 25 Wagen verfügt, aber wir halten es für erforderlich, dass auf jeder Station ein stets bespannter Wagen bereit steht, der mit den erforderlichen Hilfsmitteln beladen ist. Dagegen erscheint es uns nicht erforderlich, dass die Anzahl solcher Stationen besonders hoch gegriffen wird. Wenn zur Verhütung der Feuersgefahr 7 Stationen genügen, welche nur die eine Bedingung zu erfüllen haben, dass von einer von ihnen jeder Punkt der Stadt in höchstens zehn Minuten zu erreichen ist, so erscheint dieselbe Forderung auch für unsere Stationen völlig ausreichend. Es wird ja immer noch Fälle geben, für welche selbst diese Zeit eine zu lange ist, aber es übersteigt die Grenzen des Erfüllbaren, allen Folgen von Unfällen oder einem gelegentlichen Zusammenwirken der verschiedensten ungünstigsten Zufälle vorzubeugen.

5. Die Station muss alle diejenigen Hilfsmittel wie Medicamente enthalten, welche für die erste Rettung von Verunglückten oder lebensgefährlich Erkrankten erforderlich sind, ferner ist bei der Ausrüstung derselben ein grosser Nachdruck auf Bereithaltung derjenigen Apparate zu legen, welche den geeigneten und sachgemässen

Transport Verunglückter, namentlich auch bei Massenunfällen gestatten, denn es muss der Nachdruck darauf gelegt werden, dass in den allermeisten Fällen die erste Hilfe am besten darin besteht, dass die Verunglückten möglichst schnell und möglichst gut dem Krankenhause zu sachgemässer Behandlung zugehen".

Die in aller Stille entfaltete Thätigkeit der Sanitätswachen ist gegenüber den in heutiger Zeit geläufig gewordenen allzu erheblichen Ankündigungen der Thätigkeit der Wachen hervorzuheben. Vom Jahre 1877 an erhielt die Sanitätswachenvereinigung eine städtische Unterstützung, welche in den nächsten Jahren vermehrt wurde und jetzt 35000 Mk. beträgt. Die 19 Wachen wurden im Jahre 1899 im Ganzen von 7192 Hülfesuchenden in Anspruch genommen, von welchen 5391 auf den Wachen behandelt wurden. Die meisten Fälle, nämlich 4459, waren chirurgische. Diese Thätigkeit, welche sich, wie bemerkt, nur auf die Nachtzeit beschränkt, muss als eine bedeutende bezeichnet werden.

Aus einer Instruction der Sanitätswachen sei Folgendes hier angeführt:

„Die jährliche Unterhaltung jeder einzelnen Wache kostet 5500—6500 Mark, je nach der Stadtgegend und sonstigen Verhältnissen.

Allgemeine Grundsätze sind folgende.

1. Jeder, ohne Ausnahme erhält ärztliche Hilfe; Unbemittelte unentgeltlich.

2. Jeder empfängt nur erste, einmalige Hilfe. Im Interesse der umwohnenden Aerzte ist es den Wachärzten untersagt Nachbehandlung zu übernehmen.

3. Auf jeder Wache sind je 1 Arzt und 1 Heilgehilfe Nachts von 10 Uhr Abends bis 6 resp. 7 Uhr Morgens anwesend.

4. Die Hilfe wird vom Arzt auch in der Wohnung des Patienten geleistet.

5. Dagegen darf der Heilgehilfe das Wachlokal nicht verlassen. Ausnahmen bei Massenunfällen sind auf Anweisung des Wacharztes gestattet.

6. Bei grosser Entfernung bis zur Wohnung des Patienten nimmt der Arzt auf Kosten der Wache eine Droschke.

7. Dauert voraussichtlich dessen Abwesenheit von der Wache mehr als $^3/_4$ Stunden, so ist der designirte Reserve-Arzt zu benachrichtigen, um sich bereit zu halten.

8. Der Heilgehilfe darf selbst die anscheinend kleinste Verletzung nicht allein oder selbstständig, sondern nur unter Aufsicht und nach Anweisung des Arztes, behandeln.

9. Telephon zum Kranken-Wagen-Depot, und zwar directes, ermöglicht binnen 20--25 Minuten Ueberführung eines Verletzten oder Erkrankten nach seiner Wohnung oder in ein Krankenhaus.

10. Auf genaue Journalführung und statistische Eintragungen wird gehalten.

Jedes Wachlokal besteht aus mindestens 3 Räumen: Warte-, Consultations- und Aerzte-Zimmer. An der Strassenfront sind ein Schild und transparente Laterne mit dem „Genfer Kreuz" angebracht, sowie ferner Griff einer Klingel, welche Arzt und Heilgehilfen gleichzeitig wachruft. Die beiden ersten Zimmer sind mit Oelfarbe gestrichen und Linoleum belegt. Im Consultations- oder Verbandzimmer befinden sich Waschtoilette mit Anschluss an die Wasserleitung, Operationstisch und Operationsstuhl, vollständiges Instrumentarium, auch für Entbindungen, in einem Glasschrank auf Glasplatten, Sterilisirung- und Gaskoch-Apparat, Verbandstoffe, Gegengifte, Holzpritsche mit Lederkissen und Krankentransportbahre. Das dritte Zimmer für den Arzt ist mit einigem Comfort eingerichtet. Die meisten Wachen haben drei Aerzte und drei Heilgehilfen, welche jede dritte Nacht Dienst thun. Der Arzt erhält festes Ein-

kommen, pro Nacht 6—7 Mark je nach Vermögen der einzelnen Wachen, der Heilgehilfe 2,50—3 Mark. Betten existiren nicht für die Beamten, sondern für jeden Schlafsopha, Lederkissen und wollene Decke.

Von den Patienten wird ein Honorar erhoben, welches gemäss der Medicinaltaxe berechnet wird, aber je nach den Verhältnissen des Hilfesuchenden ermässigt werden darf.

Der Arzt hat im Journal nach seinen Wahrnehmungen einen Vermerk zu machen: wohlhabend — fast wohlhabend — fast arm — arm.

Danach liquidirt der Schatzmeister. Die Aerzte sind aber auch angewiesen, möglichst auf sofortige Bezahlung zu sehen. Die Liquidationen gelangen jede Woche zur Einziehung. Geschieht dies erst später, dann ist der Betrag viel schwerer von dem inzwischen gesund gewordenen Patienten zu erlangen.

Beim Cassiren des Honorars werden Theilzahlungen oder Ermässigungen bewilligt.

Geklagt wird niemals.

Bei Epidemien wird voller Tagesdienst auf allen Wachen eingeführt, wie dies z. B. zur Zeit der Choleragefahr bereits geschehen ist".

Die Unfallstationen, welche im Jahre 1894 in Berlin eröffnet wurden, hatten zunächst den Zweck, unfallverletzten Arbeitern aus Betrieben, welche zum Bereich bestimmter Berufsgenossenschaften gehörten, eine „intensive" Behandlung vom Beginn an zu gewähren. Mit den ersten vier Stationen waren gleichzeitig kleine stationäre Kliniken mit etwa 30 Betten verbunden. Bereits einige Monate später wurde das „Unternehmen" in den Dienst der Allgemeinheit gestellt, sodass auch die Stationen für Jedermann, welcher ihre Hülfe erforderte, benutzt werden konnten. Im Laufe der Jahre wurde die Zahl vermehrt, sodass jetzt 20 Stationen, ferner zwei „Hülfsstationen" — mit Polizeirevierbureaux im Thiergarten verbunden — und das Krankenhaus in Weissensee als Unfallstationen im Betrieb sind. In jeder Station ist ein dirigirender Arzt, welchem einige Hülfsärzte zur Seite stehen. Diese nehmen in Abwesenheit des dirigirenden Arztes, welcher täglich zur bestimmten Zeit Sprechstunde zur ambulatorischen Behandlung der berufsgenossenschaftlichen Kranken abhält, den Dienst wahr. Acht Unfallstationen sind mit Sanitätswachen vereinigt, sodass die Unfallstation den Tages- die Sanitätswache den Nachtdienst ausübt. An der Spitze steht ein Curatorium, in welchem die betheiligten Berufsgenossenschaften, Aerzte und Beisitzer vertreten sind. Ausserdem ist ein Central-Comité der Unfallstationen gebildet worden. Seit dem Jahre 1900 heissen die Stationen „Unfallstationen vom Rothen Kreuz", da in ihnen freiwillige Helfer und Pflegerinnen für den Kriegsfall Unterricht erhalten. Ausserdem bestehen Abkommen mit den Freiwilligen Sanitätskolonnen „Berlin" und „Teltow", sowie mit dem Vaterländischen Frauenverein, um bei grösseren Festlichkeiten u. s. w. sich zu gemeinsamem Thun zu vereinigen. Im Jahre 1901 hat sich ein eigener Verband von Pflegerinnen der Unfallstationen gebildet und sich dem Kasseler Verband angeschlossen. Die Stationen erhielten im Jahre 1900/01 eine Unterstützung von 10000 Mk. von der Stadtverwaltung.

Für die Alarmirung bei Massenunfällen ist jede Unfallstation mit

dem nächsten Polizeirevierbureau, welches selbst Fernsprecher besitzt, durch eigene Fernsprechleitung verbunden. Da die Polizeireviere, welche Fernsprechleitungen haben, mit einer Centrale am Alexanderplatz vereinigt sind, so können die Stationen bei unvermutheten Alarmirungen für Massenunfälle nur durch einen Umweg benachrichtigt werden. Eine Polizeiverordnung regelt die Inanspruchnahme besonders bei Massenunfällen. Die Unfallstationen haben 10 eigene Krankenwagen, welche in 9 Depots untergebracht sind, vielfach in Brauereien, welche dann für Bespannung und Kutscher sorgen. Jede Station ist auch an das Stadtfernsprechnetz angeschlossen. Mit der Königlichen Eisenbahndirection Berlin ist eine Vereinbarung behufs Entsendung von Hülfskräften bei Unfällen getroffen. Zu Anfang des Jahres 1898 sind Satzungen geschaffen, welche keine Begrenzung der Thätigkeit in Bezug auf die erst- und einmalige Versorgung enthalten:

Es lautet:

§ 1. Die Berliner Unfallstationen dienen sowohl der ärztlichen Behandlung der berufsgenossenschaftlichen Unfallverletzten als auch der ersten Hülfe bei Unfällen und plötzlichen Erkrankungen für die sonstigen Bewohner Berlins und seiner Vororte im Sinne eines geordneten Rettungs- und Krankentransportwesens.

Thätigkeit.

§ 2. Zur Erreichung dieses Zweckes werden

a) Verbandstätten nach den Grundsätzen der neueren Chirurgie errichtet und unterhalten;

b) zum sachgemässen Transport geeignete eigene Transportwagen mit Bespannung unterhalten, bezw. entsprechende Abkommen mit Unternehmern getroffen,

c) bei Feuersbrünsten, Massenunfällen und ähnlichen Ereignissen, sowie bei festlichen Veranstaltungen, Aufzügen und an Orten, wo ein grösserer Andrang zu erwarten steht, fliegende Ambulanzen bezw. Hülfsstationen errichtet.

Die Gewährung der Hülfe darf von der Bezahlung nicht abhängig gemacht werden. Unbemittelten ist unentgeltliche Hülfe zu gewähren, insoweit nicht andere zahlungsfähige Personen, Behörden, Corporationen oder dergl. für die Kosten aufzukommen haben.

Um weitere Einrichtungen für das Rettungswesen im Frieden nach den von den Berliner Unfallstationen vom Rothen Kreuz vertretenen Grundsätzen im Reiche zu schaffen, wurde ein eigener Ausschuss unter dem Vorsitze des Vorsitzenden des Central-Comités der Deutschen Vereine vom Rothen Kreuz gebildet.

Es ist hier sogleich zu bemerken, dass die Berliner Rettungsgesellschaft drei Jahre nach Begründung der Unfallstationen ihre Thätigkeit eröffnete, dass aber der Widerstand der Mehrzahl der Berliner Aerzte gegen die Unfallstationen sich fast unmittelbar nach Errichtung der ersten Stationen geltend machte. Die Gründe hierfür sind mannigfache und zum grossen Theil bereits aus den bisherigen Schilderungen ersichtlich. Die Wirksamkeit der Unfallstationen geht von anderen Grundsätzen aus, als solche bei dergleichen Einrichtungen sonst bestehen. So werden nach § 1 der Satzungen berufsgenossenschaftliche Unfallverletzte in ihnen „be-

handelt" und im Uebrigen erste Hülfe für „sonstige Bewohner" geleistet. Diese Vereiniguug verschiedenartiger Interessen in Orten, die nur der Ausübung erster Hülfe und nicht der Weiterbehandlung zu dienen hätten, ist eine von den Unfallstationen geschaffene Neueinrichtung. Aus dem ersten Bericht der Stationen vom Jahre 1895 ist die Verschiedenheit der Thätigkeit der Unfallstationen von der sonst in Rettungsanstalten geübten Wirksamkeit ersichtlich.

Es heisst daselbst, sowie in dem Bericht vom Jahre 1896:

„Die Thätigkeit der Aerzte beschränkt sich nicht nur, wie anderwärts, auf provisorische Hülfeleistung, der Verletzte erhält vielmehr eine ausreichende chirurgische Versorgung und kann, wenn der Fall schwer ist, mit den vervollkommneten Transporteinrichtungen je nach seinem Wunsche einem Krankenhause, seiner Wohnung oder einer der Kliniken der Hauptstationen überwiesen werden".

Es verhandelte bereits am 14. Februar 1894 die Aerztekammer Berlin-Brandenburg über diesen Gegenstand und nahm folgenden Antrag an:

„Die Errichtung von Uufallstationen in Berlin, verbunden mit stationären Kliniken, wie sie vier Berufsgenossenschaften, und zwar die Brauerei- und Mälzereiberufsgenossenschaft, die chemische Industrieberufsgenossenschaft, die Spediteur-, Speicherei- und Kellereiberufsgenossenschaft und die norddeutsche Holzberufsgenossenschaft bereits ausgeführt haben und noch weiter auszuführen beabsichtigen, schädigt die Interessen der Unfallverletzten und des ärztlichen Standes".

In der Discussion des von Weyl am 6. December 1893 in der Berliner Medicinischen Gesellschaft gehaltenen Vortrages: „Berlins Gesundheit" äusserte ich Folgendes:

„Zu den von Herrn Weyl selbst als verbesserungsfähig bezeichneten gesundheitlichen Anstalten und Einrichtungen in Berlin möchte ich noch hinzufügen die Sanitätswachen, deren Umgestaltung im Sinne der 1890 vom Aerzteverein vom West-Verein vorgeschlagenen Abänderungen und Uebernahme seitens der Stadt sehr erwünscht sein dürfte. Die Commission des Vereins, welcher auch ich damals angehörte, hatte eine ganze Reihe von Verbesserungen vorgeschlagen, unter anderem die Einführung von Tag- und Nachtdienst, gleichzeitige Anwesenheit mehrerer Aerzte auf den Wachen, Aufstellung von Unfallmeldern auf den Strassen, ferner das Vorhandensein von Krankenbahren. Bei den letzteren komme ich auf das Krankentransportwesen in Berlin zu sprechen. Das Krankentransportwesen müsste entweder — vielleicht im Anschluss an die Sanitätswachen — in den Händen der städtischen Verwaltung centralisirt werden, oder in jedem Krankenhause müsste eine, je nach der Anzahl der Betten zu bestimmende Anzahl von Krankenwagen zur Krankenüberführung bereit gehalten werden. Der Krankentransport muss gleichfalls kostenlos geschehen, da er jetzt ein wohl nur Wohlhabenden oder Krankenkassenmitgliedern erreichbarer Luxus ist, während er doch andererseits bei einer ganzen Reihe von Erkrankungen — und zwar mit Recht — polizeilich vorgeschrieben ist".

Am 6. März 1894 hielt ich im Aerzteverein von West-Berlin den im vorigen Artikel S. 454 erwähnten Vortrag bezüglich Neueinrichtung des Transportwesens für Kranke und Verunglückte und am 21. October 1895 den an gleicher Stelle bereits erwähnten Vortrag: „Ueber den

Transport von Personen mit inneren Erkrankungen". In letzterem führte ich aus:

„Eine besonders für schleunige Aufnahme in Krankenhäuser in Wien vorhandene Einrichtung wäre zweckmässig auch bei uns zur Einführung zu empfehlen, dass jedes Krankenhaus täglich einer Centralstelle, als welche in Wien die freiwillige Rettungsgesellschaft gilt, die zur Aufnahme neuer Kranken verfügbare Bettenzahl mitzutheilen hätte. Man könnte von dieser Centralstelle aus dann den einzelnen Polizeibureaus, wie dies Schwalbe[1]) vorgeschlagen, oder, was ich für besser halte, den hoffentlich recht bald unter städtische Verwaltung gestellten Rettungswachen diese Zahl übermitteln. Nach vorheriger Anfrage bei diesen könnte dann der Kranke sogleich dem Krankenhause zugeführt werden, wo er sicher auf Aufnahme rechnen könnte".

Am 8. October 1894 sprach R. Kutner in öffentlicher Versammlung über die Regelung des Rettungswesens in Berlin und Einsetzung einer Commission zum weiteren Verfolg dieser Angelegenheit, und bereits zum 3. December 1894 berief der Verein zur Einführung freier Arztwahl eine allgemeine Aerzteversammlung, in welcher gleichfalls eine (ärztliche) Commission zur weiteren Berathung gewählt wurde. Beide Commissionen vereinigten sich nach kurzer Zeit.

Die von den Aerzten aufgestellten Sätze hatten folgenden Wortlaut:

I. Das Rettungswesen, d. h. die erste ärztliche Hilfeleistung bei plötzlichen Unglücksfällen und Erkrankungen, und das Krankentransportwesen, namentlich bei Epidemien, bedürfen dringend einer Umgestaltung und Regelung.

II. Diese Regelung kann nur unter Mitwirkung der Berliner Aerzteschaft in die Wege geleitet werden.

III. Um das Rettungswesen nicht auf die unsichere Basis privater Wohlthätigkeit, respective Speculation zu stellen, ist es erforderlich, dass die Stadt Berlin, die zur Organisation des Berliner Rettungswesens nothwendigen Mittel bereit stellt. Eine Beihilfe aus Privatkreisen ist willkommen.

IV. Es ist nöthig, zahlreiche Rettungsstationen zu schaffen, welche jederzeit ärztliche Hilfe schnell zu gewähren im Stande sind. Auf jeder Station soll mindestens ein Verbandkasten, Transportmittel, ein Raum und Vorkehrungen zur Vornahme nothwendiger Operationen, sowie Fernsprechanschluss vorhanden sein.

V. Der ärztliche Dienst an diesen Stationen ist so zu gestalten, dass allen sich bereit erklärenden Aerzten die Theilnahme frei steht.

VI. Die sich bereit erklärenden Aerzte vertheilen den Wachtdienst unter sich und sind verpflichtet, sich während desselben zu Hause zu halten. Diese Hilfsbereitschaft der Aerzte wird nicht honorirt, dieselbe ist vielmehr Ehrenamt. Sollte sich jedoch das Bedürfniss des Wachtdienstes auf der Station, sei es in einzelnen Bezirken, sei es für bestimmte Tages- oder Nachtstunden herausstellen, so wird dieser Wachtdienst honorirt.

Am 29. November 1895 beschäftigte sich die Aerztekammer Berlin-Brandenburg zum zweiten Male mit diesem Gegenstande und nahm folgenden Antrag an:

„Die Aerztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin wolle dem Magistrat von Berlin einen Antrag unterbreiten des Inhalts, dass die für die

1) Deutsche medicinische Wochenschrift. 1895. No. 30.

Neugestaltung und Erhaltung des Rettungs- und Transportwesens in Berlin nothwendigen Mittel von der Stadt Berlin zur Verfügung gestellt werden, und dass die Stadt Berlin die weitere Organisation, die sich an bereits bestehende Einrichtungen, wie Krankenhäuser, Sanitätswachen, Unfall- und Feuerwehrstationen angliedern könnte, sowie deren Unterhaltung unter ständiger Theilnahme der Berliner Aerzteschaft, als eine städtische Einrichtung in die Hand zu nehmen habe".

Zum dritten Male wurde die Angelegenheit der Unfallstationen von der Aerztekammer am 20. Februar 1897 bei Gelegenheit des vortrefflichen Referates von S. Alexander erörtert. Alexander äusserte sich besonders über die von der Section VI der Brauerei- und Mälzereiberufsgenossenschaft veröffentlichten Zahlen, welche die durch das Behandlungsverfahren der Unfallstationen bei den Unfallverletzten dieser Section erzielten Erfolge kennzeichnen sollten.

Inzwischen hatten die Berliner Krankenkassen gleichfalls zur Frage des Rettungswesens Stellung genommen und ihrerseits eine Neuner-Commission gewählt, welche sich mit ihren Vorschlägen an Geheimrath v. Bergmann wendete. Es erfolgten nun gemeinsame Berathungen zwischen den Vertretern der beiden Commissionen, welche dann weiter die Begründung der Berliner Rettungsgesellschaft am 15. October 1897 zur Folge hatten, in welcher die von mir und anderen Seiten geltend gemachten Forderungen für Organisation des Rettungswesens Verwirklichung gefunden haben. So ist besonders der von mir stets angeführte Gedanke, die Hospitäler selbst in den Dienst des Rettungswesens zu stellen, jetzt bei der Rettungsgesellschaft, wie in anderen Ländern, zur That geworden. Ausserdem wurden die Hospitäler mit einer Stelle vereinigt, von welcher aus stets nach dem bei der Wiener freiwilligen Rettungsgesellschaft bestehenden Grundsatz Auskunft über die in den Krankenhäusern freistehenden Betten ertheilt werden kann. Diese „Centrale", welche von der Berliner Rettungsgesellschaft auf Anregung von William Levy eingerichtet wurde, bildet die Grundlage der jetzt bestehenden Organisation.

Ausser den Berlinern Hospitälern wurden die in Berlin vorhandenen Krankentransportgeschäfte mit der Centrale in Verbindung gesetzt. Hierdurch wurde eine Centralisirung des Rettungs- und Krankentransportdienstes der Hauptstadt erreicht, wie sie in keiner anderen Stadt der Welt in dieser Ausdehnung geschaffen worden ist. Diese (12) Krankenhäuser sind die „Hauptwachen" der Gesellschaft, während in Stadttheilen, wo Krankenhäuser nicht leicht erreichbar sind, (jetzt acht) kleinere Verbandstellen „Rettungswachen" errichtet wurden. Der Dienst der Centrale ist so eingerichtet, dass täglich zweimal die Centrale von allen Krankenhäusern Auskunft über die freistehenden Betten erhält, so dass Jedermann in der Lage ist, vor Ueberführung eines Kranken in ein Hospital zu erfahren, ob und in welchem Krankenhause der Kranke Aufnahme finden kann. Da die 27 Krankenwagen der privaten Krankentransportgeschäfte der Rettungsgesellschaft zur Verfügung stehen, so kann gleichzeitig mit der Anfrage auch ein Wagen an die betreffende Stelle bestellt werden. Dies ist

wichtig für Aufnahme und Beförderung von Kranken mit ansteckenden Krankheiten, da diese nur in bestimmten Wagen der betreffenden Fuhrunternehmer befördert werden dürfen.

Diese Unterstützung der öffentlichen Krankenversorgung ist seitens der Behörden durch eine werthvolle materielle Unterstützung der Gesellschaft seitens der Stadt, welche in jedem Jahre sich steigerte und Anfangs 16 000, im letzten Etatsjahre 30 000 Mk. betrug, anerkannt worden. Ferner wurde im letzten Jahre der bisher an den öffentlichen Anschlagssäulen an der Stelle, wo die amtlichen Bekanntmachungen sich befinden, bestandene Hinweis, dass Krankentransportwagen für ansteckende Kranke durch das nächste Polizeirevier bestellt werden, fortgelassen, und dafür ein Hinweis auf die nächstgelegene Einrichtung der Rettungsgesellschaft aufgenommen, und an sämmtlichen Säulen die Adresse der Centrale aufgezeichnet.

Die Centrale hat ausser diesen Fernsprechverbindungen eigene Leitungen zu drei Krankenhäusern, welche nicht Hauptwachen der Gesellschaft sind, nämlich zur Universitäts-Frauenklinik, dem Kaiser- und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhaus und zum städtischen Krankenhaus Gitschinerstrasse. Durch die erstere ist es ermöglicht, jederzeit schnelle Hülfe für Entbindungen und andere gefahrdrohende Zustände bei Frauen herbeizuschaffen, da in der Frauenklinik ständig eine Anzahl von Volontären und Aerzten im Dujour-Dienste sich befindet. Durch die eigene Verbindung mit dem Kinderkrankenhause ist eine bessere Unterbringung erkrankter Kinder, besonders von Säuglingen, ermöglicht. Andererseits sind Hauptwachen der Gesellschaft, ohne directe Fernsprechverbindung mit der Centrale, die Kreiskrankenhäuser in Britz und Gross-Lichterfelde, während die Hauptwache im Charlottenburger Krankenhause mit der Centrale eigene Drahtverbindung hat. Die Verbindung mit der Polizei und dadurch der Feuerwehr ist durch eine eigene Leitung von der Centrale zum nächsten Polizeirevierbureau, welches Fernsprechanschluss besitzt, bewirkt. Hierdurch können Einrichtungen der Gesellschaft durch Vermittelung der Centrale von der Polizei angerufen werden.

Sämmtliche acht Rettungswachen sind gleichfalls durch eigene Leitungen mit der Centrale verbunden. Ausserdem haben alle Haupt- und Rettungswachen und die Centrale selbst Stadtfernsprechanschluss, sodass die gesammten Anstalten von allen Theilen der Stadt bei Tag und Nacht angerufen werden können. Die Gesammtlänge der directen Fernsprechleitungen, welche die Centrale mit den genannten Einrichtungen u. s. w. verbinden, beträgt rund 110 km, d. h. mehr als 12 Deutsche Meilen.

Die Leitung des ärztlichen Dienstes auf den Rettungswachen untersteht den Aerzten. Ausser dem Vorsitzenden, Geheimrath v. Bergmann, ist ein ärztlicher und ein Verwaltungsdirector vorhanden. Der Vorsitzende, dessen Stellvertreter, die beiden Schriftführer und die Directoren bilden den geschäftsführenden Vorstand, während im Gesammtvorstand ausser genannten Personen die Aerzteschaft, Krankenkassen

und eine grosse Zahl von Mitgliedern aus allen Schichten und Berufsarten der Bevölkerung Berlins vertreten ist.

Die genannten Einrichtungen der Centrale ermöglichen es, in Fällen, wo lebensrettende Operationen bei einem Verunglückten oder Erkrankten (Tracheotomie) erforderlich sind, nicht nur sofort festzustellen, wo der Betreffende schnell aufgenommen werden kann, sondern auch in dem Krankenhause die Ankunft des Patienten zu melden, so dass in der Zwischenzeit Alles für den Eingriff vorbereitet, und dieser bei der Ankunft sogleich ausgeführt werden kann.

Ausserdem wird die Centrale für Nachforschung nach Vermissten in Anspruch genommen, von welchen vermuthet wird, dass sie verunglückt und in einem Krankenhause aufgenommen sind. In sehr kurzer Zeit können diese Anfragen erledigt werden.

Soll die Hülfe der Rettungsgesellschaft für einen Massenunfall angerufen werden, so können mehrere oder auch alle Einrichtungen der Gesellschaft durch einfache Einschaltung am Apparate und durch Umdrehung einer Kurbel mit einem Schlage gleichzeitig benachrichtigt werden, indem dann bei allen Anschlussstellen die Glocke ertönt, und durch eine Mittheilung alle oder ein Theil gleichzeitig aufgefordert werden können, an eine bestimmte Stelle Aerzte, Wärter, Krankenwagen zu entsenden. Die Alarmirung der Wachen und Krankenwagen der Gesellschaft kann also in einem Bruchtheil einer Minute erfolgen.

Die Gesellschaft bezweckt nach ihren Satzungen „die Beschaffung und Vervollkommnung derjenigen Einrichtungen, welche zur ersten und einmaligen Hülfe bei Unglücksfällen und plötzlichen Erkrankungen, sowie zum Krankentransport dienen, und die Fürsorge für die beständige Hülfsbereitschaft dieser Einrichtungen."

Alle Aerzte, welche sich zum Wachtdienst melden, können sich an demselben betheiligen. Jeder wachthabende Arzt muss Mitglied des „Aerztevereins der Berliner Rettungsgesellschaft" sein, welchem jetzt etwa 1100 Aerzte angehören. Ein Theil dieser thut Wachtdienst unter Aufsicht des Vorstandes des Vereins, wodurch eine collegiale Regelung aller einschlägigen Verhältnisse von vornherein gewährleistet ist.

Der Aerzteverein ist der Rettungsgesellschaft fest angegliedert und durch drei Abgeordnete seines Vorstandes im Vorstande der Gesellschaft besonders vertreten, welchem ausserdem eine grosse Zahl hervorragender Vertreter des ärztlichen Standes angehören. Im Vorstande des Aerztevereins sind ferner drei Obmänner von Rettungswachen. Jede der acht Rettungswachen hat einen Obmann (Arzt), welchem die gesammte Leitung des Dienstes an den einzelnen Wachen untersteht. Der Obmann vertheilt für bestimmte Zeitabschnitte den Dienstplan für die sich zum Wachtdienst bereit erklärenden Aerzte und sorgt, dass alle Stunden besetzt sind. Alle diese Verhältnisse erfolgen für die einzelnen Wachen nach allgemein festgesetzten Grundsätzen. Von den 8 Rettungswachen sind 6 mit Sanitätswachen vereinigt, so dass die Rettungsgesellschaft in diesen den Tages-, die Sanitätswache den Nachtdienst versieht.

Die Kosten des Betriebes der Gesellschaft werden durch die Unterstützung der städtischen Behörden, durch freiwillige Beiträge der Mitglieder, sonstige Zuwendungen und alljährlich stattfindende Feste aufgebracht.

Während die Inanspruchnahme der Centrale im Jahre 1898/99 sich auf 17 713 Fälle bezifferte, wurden im gleichen Zeitraume die Rettungswachen von 6151 Hülfesuchenden aufgesucht. 1899/1900 betrugen diese Zahlen 24615 bezw. 8526. Vom 15. October 1897 bis zum 30. Juni 1901 hatte die Centrale 73 950, die Rettungswachen 22 617, also zusammen 96 567 Fälle.

Um ein Einvernehmen zwischen den drei Gesellschaften herzustellen, wurde ein Centralausschuss für das vereinigte Rettungswesen bestellt, dem Vertreter der drei Körperschaften, der Polizei, des Magistrats und der Stadtverordneten angehören. Einen Erfolg hat diese Vereinigung nicht aufzuweisen gehabt. Jedoch wird eine Vereinigung nach den bei der Rettungsgesellschaft herrschenden Grundsätzen mit einigen unwesentlichen Abänderungen hoffentlich doch zu ermöglichen sein. Die Art und Weise, nach welchen dies erfolgen könnte, habe ich in meiner kürzlich erschienenen Schrift „Zur Organisation des Rettungswesens" (Jena 1901) dargelegt.

### b) Altona.

Das Rettungswesen liegt zum grossen Theil in den Händen der Berufsfeuerwehr, welche die Transporte der Verunglückten ausführt. Erste Hülfe wird von der Begleitmannschaft nur in den Fällen geleistet, wo ärztliche Hülfe nicht zur Stelle ist. Im Jahre 1899/1900 wurden 1198 Krankentransporte ausgeführt, und in 81 Fällen Nothverbände angelegt.

### c) Braunschweig.

Auch in der Stadt Braunschweig hat die Feuerwehr das Rettungswesen eingerichtet und im Dienstgebäude der Feuerwehr, welches in der Mitte der Stadt gelegen ist, am 1. April 1896 eine Sanitätswache eröffnet, nachdem in dieser Angelegenheit zuerst der Braunschweiger Aerzteverein gehört war. Nach Meldung eines Unfalls fährt der von zwei im Samariterdienste ausgebildeten Feuermännern begleitete Krankenwagen schnell zu der bezeichneten Stelle, wo die erforderliche Hülfe geleistet wird. Wenn nöthig, wird der Verunglückte, mit Nothverband versehen, im Wagen nach dem nächsten Krankenhaus oder seiner Wohnung gebracht, wo ihm ärztliche Hülfe zu Theil wird. Von zahlungsfähigen Kranken muss für die erste Hülfe nach einer Gebührenordnung Zahlung geleistet werden, welche aber Armen vom Stadtmagistrat erlassen wird. Die ärztliche Thätigkeit wird ausserdem nach der allgemeinen Taxe berechnet. Für Transporte sind 3 Mk. zu zahlen. Die Wache ist als Centralstation mit 13 Meldestellen verbunden, welche nach Art von Briefkästen an den Strassen angebracht sind und durch von einander

getrennte Leitungen Meldungen von Feuer und von Unfällen gestatten. Ferner ist die Wache durch eigene Drähte mit der Wohnung von drei Aerzten in Verbindung gesetzt. Für sonstige Kranke wird der Transportwagen jetzt nicht mehr benutzt, um ihn nur für Verunglückte vorzubehalten. Die Feuerwehrmänner werden alle zwei Jahre zum Unterricht und zu Uebungen in der ersten Hülfe herangezogen. Auch die Mitglieder des Braunschweiger Samaritervereins leisten erforderlichen Falls erste Hülfe.

### d) Bremen.

Die Sanitätswachen stehen hier mit der 1870 begründeten Berufsfeuerwehr in Verbindung. In ihnen darf nur erste Hülfe geleistet werden. Die Patienten müssen so schnell als möglich in ärztliche Versorgung gebracht werden. Der Plan zur Einrichtung der Wachen ging 1889 vom Branddirector Dittmann aus und wurde am 1. September 1890 verwirklicht. Die Wachen sind in den fünf Feuerwachen untergebracht und gleichmässig vortrefflich ausgestattet. Apparate für Anwendung verdichtetem Sauerstoff sind auf der Wache vorhanden.

Ein erheblicher Theil der Mannschaften ist in der ersten Hülfe unterrichtet und besorgt den Rettungsdienst. Die Inanspruchnahme der Wachen hat sich von Jahr zu Jahr gesteigert und betrug im Jahre 1900/01 2109 gegen 1828 Fälle im Vorjahre. Seit Bestehen der Wache im Jahre 1890 wurde bei 14289 Unfällen Hülfe geleistet. In 113 Fällen war im letzten Berichtsjahre ein Arzt zugegen. Die Wachen besitzen Krankentransportmittel und alle sonst erforderlichen Geräthe für erste Hülfe. Ein Zelt für Einrichtung fliegender Wachen ist in Bereitschaft. Die Behandlung aller Fälle, einschliesslich der Ausfahrt, nahm im Ganzen 1809 Stunden in Anspruch, also etwa 51 Minuten für den Fall. Vier Mal wurden besondere Wachen eingerichtet. Die vier Krankenwagen wurden zum Fortschaffen von Personen 1715 Mal benutzt, wobei rund 1578 Deutsche Meilen zurückgelegt wurden. Blinder Lärm erfolgte in 62 Fällen. Die Hülfsleistungen wegen Unfall erfolgten am meisten am Montag. Für die Feuermeldung sind 62 Sprechstellen und 91 Feuermeldestellen vorhanden, welche gleichzeitig für die Meldung von Unfällen benutzt werden können.

### e) Breslau.

Sehr zahlreich sind die in Breslau vorhandenen Einrichtungen für erste Hülfe. Zunächst bestehen 6 Wachen der Berufsfeuerwehr, eine in der inneren Stadt und fünf in den Vorstädten, welche so angelegt sind, dass spätestens 6 Minuten nach Meldung eines Feuers die Hülfe eintritt. Die Wachen sind durch die Centralstelle in der inneren Stadt unter sich mit den gleichfalls in verschiedenen Stadttheilen belegenen Krankenhäusern, mit allen Polizei-, Militärwachen und Casernen und einer grösseren Zahl von städtischen Gebäuden durch Fernsprecher verbunden. Die äusseren Wachen besitzen je einen Verbandkasten und 2 Tragen, die

Centralwache 2 Verbandkästen und 5 Tragen, welche auf den Wagen der betreffenden Wachen untergebracht sind. 100 Mitglieder des Corps, von welchem 60—70 stets auf der Wache sind, sind in der ersten Hülfe ausgebildet und auf den Wachen vertheilt. Im städtischen Hospital in der inneren Stadt sind 6 Krankenwagen vorhanden, von welchen 2 beständig mit Pferden des städtischen Marstalls bespannt sind, die übrigen nur, wenn es die Nothwendigkeit erfordert. Ferner sind Fahrbahren im Krankenhause zur Verfügung. Bei Tage sind für Zwecke der Unfallmeldung mehr als 250 Fernsprechstationen der Feuerwehr und Polizei, ausserdem die des allgemeinen Fernsprechnetzes verfügbar. Bei Nacht sind von ersteren 69 und von letzteren 70 Stationen mit der Feuerwehr verbunden, und ausserdem kann durch Vermittlung der Polizisten, welche Schlüssel zu den in den Feuermeldeapparaten befindlichen Telephonen besitzen, die Feuerwehr noch von 51 Stellen benachrichtigt werden. Bei jedem Unfall kann also von einer genügenden Zahl von Meldestellen aus die Feuerwehr benachrichtigt werden.

Wird ein Unfall bei der Hauptwache in der inneren Stadt gemeldet, so rückt, wenn es sich um einen Verunglückten handelt, ein Fahrzeug von der der Stelle zunächst gelegenen Wache aus. Sind mehrere Personen verunglückt, so leisten mehrere Fahrzeuge, wenn nöthig die gesammte Feuerwehr Hülfe. Die Alarmirung, die Ausfahrt geschehen genau so, als wenn ein Feuer gemeldet wäre. Nach Bedarf werden zugleich ein oder mehrere Krankenwagen vom Hospital durch Fernsprecher herbeigerufen. Meistens trifft die Feuerwehr früher als der Krankenwagen bei der Unfallstelle ein, legt einen nothwendigen Verband an und macht den Verunglückten beförderungsfähig. Kommt kein Krankenwagen, wenn z. B. beide Wagen unterwegs sind, so wird der Kranke mit einer Trage und 4 Mann nach der nächsten Krankenanstalt gebracht. Mindestens 1 Oberfeuermann und 4 Feuermänner rücken aus. Stellt sich bei der Ankunft heraus, dass 1 oder 2 Feuermänner genügen, so fährt das Fahrzeug mit dem Reste der Mannschaft sofort zur Wache zurück. Die Instructionen für die Mannschaften betreffs der ersten Behandlung sind sehr genaue und bezwecken besonders den Verunglückten möglichst bald geordneter Behandlung im Krankenhause zuzuführen. Bei dringender Lebensgefahr, Erstickten, Ertrunkenen müssen die Leute selbst eingreifen, aber ausserdem einen Arzt zuziehen. In ein solcher anwesend, so hat sich die Mannschaft seinen Anordnungen zu fügen, da er vom Augenblick seines Eingreifens an die Verantwortung übernimmt. Irgend welche Beschwerden über diese Art der Versorgung der Verunglückten sind seitens der Krankenhäuser nicht eingegangen. Die Rufe mehren sich beständig. Es zeigt sich also hier ein ganz vortreffliches Ineinandergreifen der Feuerwehr mit den Krankenhäusern für das Rettungswerk, welches ich stets als ganz besonders günstig hingestellt. Die Thätigkeit der Samaritercolonnen der Feuerwehr war folgende:

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1891/92 | 13 Fälle (vom October) | 1895/96 | 495 Fälle |
| 1892/93 | 52 „ | 1896/97 | 584 „ |
| 1893/94 | 129 „ | 1897/98 | 569 „ |
| 1894/95 | 245 „ | 1898/99 | 554 „ |

Ausser diesen von den Behörden eingerichteten Rettungsvorkehrungen sind solche der Genossenschaft freiwilliger Krankenpfleger im Kriege zu erwähnen, nämlich 12 Unfallmeldestellen in der Stadt, welche gut ausgerüstet sind. Die Leiter dieser Stellen leisten auf behördlichen oder privaten Anruf unentgeltliche erste Hülfe, rufen Aerzte herbei und sorgen für sachgemässe Unterbringung Verunglückter. Ein Theil der Unfallmeldestellen ist an den Fernsprecher angeschlossen und mit Tragbahren versehen.

Auch der 1844 begründete private Feuerrettungsverein hat ein Freiwilliges Sanitätscorps, welches 1896 über 10 Verbandstationen, ferner über Material zu Zwecken der Feuerlöschung und Menschenrettung verfügte. Die Mitglieder des Vereins bezw. des Sanitätscorps leisten besonders bei Bränden Hülfe, 1895/96 betrug die Zahl 502 Fälle.

Ferner besteht seit dem Ende des Jahres 1899 eine burufsgenossenschaftliche Unfallstation, deren Krankentransportausrüstung bereits geschildert ist. Im Ganzen wurden im Jahre daselbst 1853 Fälle behandelt, von welchen 401 berufsgenossenschaftliche waren. Letztere wurden auf der Station ambulatorisch weiter behandelt, ferner wurde ein Theil der notorisch Unbemittelten unentgeltlich weiter behandelt, weil sie von andereu Polikliniken abgewiesen wurden. In der Station werden auch freiwillige Krankenpfleger für den Krieg ausgebildet.

Eine Neuregelung des gesammten Rettungsdienstes unter städtischer Aegide wird beabsichtigt.

### f) Danzig.

In Legan bei Danzig wurde Anfang 1897 eine Unfallstation eröffnet. Sie befindet sich in einer von der chemischen Fabrik erbauten Baracke, während die innere Einrichtung aus Beiträgen der Berufsgenossenschaften bestritten ist. Die Station wird in Benutzung gezogen sobald sich ein Unfall ereignet hat Die Versorgung der Verunglückten findet durch 4 ausgebildete Leiter statt, welche tagsüber in den Arbeiträumen sich befinden und auch Nachts, da ihre Wohnungen innerhalb der Fabrik befindlich sind, gerufen werden können. Die Station wurde in den ersten 3 Monaten ihres Bestehens auch für in der Nähe der Fabrik vorgekommene Unfälle benutzt. In der Fabrik wurden 32, ausserhalb derselben 24 Fälle versorgt. Schwer Verletzte wurden ins Krankenhaus oder in ihre Wohnung oder zu Aerzten befördert. Die leichteren nahmen nach angelegtem Verbande ihre Arbeit wieder auf oder wurden nach ihrer Wohnung geschickt, von wo sie am folgenden Tag zur Arbeit, bezw. zur Erneuerung des Verbandes sich wieder einstellten. Es wäre wohl angebracht, die Verletzten anzuweisen, nach Anlegung des Nothverbandes sofort ärztliche Hülfe nachzusuchen, zum

Mindesten aber die „Erneuerung des Verbandes“ nicht Laien zu überlassen.

In Danzig selbst und weiterer Umgebung sind mehrere Verbandstationen vom Rothen Kreuz errichtet.

### g) Dresden.

Das von den Behörden eingerichtete Rettungswesen ruht in den Händen der Berufsfeuerwehr, welche mit ihren Unfallwagen so schnell wie die Feuerwehr zum Brande ausfährt. Die Bestellung der Wagen erfolgt mündlich oder durch Fernsprecher bei der nächsten Wohlfahrtspolizeibezirkswache oder bei einer Feuerwehrwache. Je ein Feuerwehrmann und ein Wohlfahrtspolizeibeamter, beide in der ersten Hülfe ausgebildet, begleiten den Wagen. Die Benutzung der Wagen wird mit 4 Mk. berechnet, bei Unbemittelten erfolgt sie unentgeltlich. Zur Versorgung von Verunglückten mit ärztlicher Behandlung sind 7 chirurgische Hülfsstellen vorhanden, welche zumeist an Krankenhäuser angeschlossen sind. Zwei dieser sind Wachen des Samaritervereins (Freiwillige Rettungsgesellschaft) zu Dresden, welcher am 5. Mai 1896 durch Generalarzt Rühlemann begründet wurde. Der Verein hält Curse in der ersten Hülfe für die Sicherheits- und Wohlfahrtspolizeibeamten, Feuerwehrmänner, Eisenbahnbeamten, Turner u. s. w. ab. Er erhielt eine einmalige Beihülfe von 5000 und jährliche Unterstützung von 2000 Mk. seitens der Stadt mit der Verpflichtung, genannte städtische Beamte in der ersten Hülfe auszubilden.

### h) Frankfurt am Main.

Am 12. December 1890 wurde die Frankfurter Freiwillige Rettungsgesellschaft begründet, welche den Zweck hat „in Frankfurt am Main bei Unglücksfällen aller Art, welche das Leben und die Gesundheit bedrohen, entweder selbstständig oder im Anschluss an die bereits bestehenden staatlichen, städtischen oder privaten Einrichtungen eine sofortige erste Hülfe zu leisten und im Nothfalle den Transport Verletzter, Erkrankter oder Verunglückter zu übernehmen“.

§ 2. Zur Erreichung dieses Zweckes werden:

1. um die Kenntniss der ersten Hilfeleistungen in möglichst weite Kreise zu verbreiten, Unterrichtsstunden an Vereine, Anstalten, Corporationen und Private stattfinden;

2. die nöthigen Materialien zum Unterricht und zur ersten Hilfeleistung beschafft und an Behörden, Vereine, Anstalten, welche die Bestrebungen der Gesellschaft fördern und ihre Mitglieder, Räumlichkeiten etc. derselben zur Verfügung stellen wollen, diese Materialien zur unentgeltlichen Benutzung verabfolgt werden;

3. ständige Rettungswachen mit ununterbrochenem freiwilligen Dienst bei Tag und Nacht errichtet werden;

4. zeitweilige Wachen bei besonderen Gelegenheiten, wie Ausstellungen, Rennen, Regatten etc. aufgestellt werden.

§ 3. Die Hilfeleistungen der Gesellschaft sind unentgeltlich. Von Bemittelten

wird jedoch erwartet, dass sie für die geleistete Hilfe einen entsprechenden Betrag der Gesellschaft entrichten.

In der Centralfeuerwache ist jetzt eine Rettungswache eingerichtet, ferner ist im Wartehause der Strassenbahn ein Verbandkasten zum allgemeinen Gebrauch aufgestellt. Den Schlüssel zu diesem hat am Tage ein Beamter der Strassenbahn, und des Nachts der wachthabende Unterofficier der gegenüberliegenden Militärhauptwache. Die Gesellschaft lässt an Angestellte verschiedener Behörden Samariterunterricht ertheilen und errichtet fliegende Wachen.

Sie errichtete an 27 Stellen an Brücken und Ufern des Mains Rettungsvorkehrungen und Tafeln mit Anweisung zur Wiederbelebung Ertrunkener. Ausserdem wurden Verbandkästen an verschiedenen Orten aufgestellt. 2 Krankentransportwagen, einer in Equipagenform mit seitlicher Einlagerung des Patienten, stehen zur Verfügung. Kutscher, Bespannung liefert die Feuerwehr.

Der Dienst auf der Wache wurde zuerst durch Heilgehülfen wahrgenommen, jedoch zeigte sich bei der im Laufe der Jahre wachsenden Thätigkeit, dass ein ärztlicher Dienst nicht zu entbehren sei.

Die Gesellschaft leistete 1900 in 3711 Fällen, seit ihrem Bestehen 1891 im Ganzen in 13615 Fällen erste Hülfe.

Die Stadt gewährte der Gesellschaft eine jährliche Subvention von 1000 Mk.

Die Samariterabtheilung der Frankfurter Radfahrer wurde am 21. Juni 1897 begründet. 1899 wurde die Abtheilung in den „Frankfurter Samariterverein“ umgewandelt, welcher zum Zweck hat: „die erste sachgemässe Hülfeleistung bei allen Unfällen, wo ärztliche Hülfe nicht sofort zur Stelle ist“ und ferner „die Verbreitung der Samariter-Bestrebungen“. Diesen Zweck will der Verein erreichen: „Durch Ausbildung seiner Mitglieder im Samariterdienst vermittelst Abhaltung von Cursen, Veranstaltung von Vorträgen und Ausleihen einschlägiger Bücher und Zeitschriften an die Mitglieder; durch Errichtung von Sanitätswachen und Verbandstellen; durch kostenfreie Lieferung von Verbandmaterialien an die Mitglieder; durch Stellung fliegender Wachen bei entsprechenden Gelegenheiten; durch Stellung eines ausgebildeten Corps im Kriegsfalle. Der Verein hatte zwei Sanitätswachen eingerichtet, auf welchen Heilgehülfen den Wachtdienst ausübten. Im Jahre 1900 wurde ein bespannter Rettungswagen angeschafft, welcher Platz für zwei liegende Kranke und im Nothfalle für 5 sitzende Personen gewährt. 1901 erwarb der Verein einen zweiten Krankenwagen. Ferner sind Verbandgeräthschaften sowie Wiederbelebungsmittel im Wagen vorgesehen. Auf der ersten Sanitätswache wurden 1900 2384 Fälle, von der zweiten 410 behandelt. Von beiden entfielen 407 auf die Nacht. Transporte von Verunglückten wurden 445, Krankentransporte 207 ausgeführt. Bei einer grossen Zahl von passenden Gelegenheiten wurden fliegende Wachen errichtet, und hier 269 Patienten behandelt. Im Ganzen bezifferte sich die Thätigkeit des Vereins auf 3218 Fälle.

In sämmtlichen elektrischen Strassenbahn- und Postwagen hat der Verein Verbandkästen eingesetzt. Der Verein erhielt von der Stadtverwaltung eine jährliche Unterstützung von 1000 Mk.

Da in den Rettungswachen beider Körperschaften sich das Bedürfniss für Einrichtung eines ärztlichen Dienstes fühlbar machte, und es im allgemeinen Interesse dringend erforderlich erschien, die zwischen beiden Vereinigungen bestehenden Verschiedenheiten auszugleichen, wurde zunächst im Anschluss an den ärztlichen Verein zu Frankfurt ein „Aerzteverband für das freiwillige Rettungswesen“ gebildet zu dem Zwecke:

„1. Organisation eines ständigen Nachweises ärztlicher Hülfe für plötzliche Erkrankungen und Verletzungen,

2. Organisation eines ärztlichen Bereitschaftsdienstes für besondere Gelegenheiten und Massenunfälle,

3. Organisation und Ueberwachung der Ausbildung von Laien zur Ausübung der ersten Hülfeleistung“.

Mitglied dieses Verbandes kann jeder in Frankfurt wohnende Arzt werden, indem jedem sich niederlassenden Arzte die Satzungen mit Formularen zur Unterschrift für den Wachtdienst übergeben werden. Am Wachtdienst nehmen also alle sich bereit erklärenden Aerzte Theil. Die Mitglieder des Verbandes dürfen sich nur durch Vermittelung des Verbandes den Gesellschaften, welche sich mit dem freiwilligen Rettungswesen befassen, zur Verfügung stellen.

Um eine einheitliche Regelung des freiwilligen Rettungswesens in der Stadt zu erzielen, wurde weiter ein Ausschuss eingesetzt, welchem angehören:

a) zwei Vertreter der Rettungsgesellschaft, von welchen einer ein Arzt sein muss,

b) zwei Vertreter des Samaritervereins, von welchen einer ein Arzt sein muss,

c) zwei Vertreter des Aerzteverbandes,

d) zwei Vertreter der Krankenkassen,

e) ein Vertreter des Königlichen Polizeipräsidiums,

f) der Vorsitzende der städtischen Anstaltsdeputation,

g) der Stadtarzt.

Es sind also 5 Aerzte unter den 11 Vertretern. Aus den von dem Ausschusse festgesetzten Bestimmungen ist zu erwähnen, dass von jetzt ab die erste Hülfe von den Rettungswachen in der Hauptfeuerwache und in der Feuerwache in der Burgstrasse, wohin die Rettungswache des Samaritervereins in der Friedbergerstrasse verlegt wird, ferner von dem städtischen Krankenhause ausgeübt wird. Jeder Rettungswache wird ein bestimmter Stadtbezirk für ihre Thätigkeit zugewiesen, ausserhalb dessen sie nur in Ausnahmefällen eingreifen darf. Während die Rettungswache in der Hauptfeuerwache von der freiwilligen Rettungsgesellschaft unterhalten wird, welche das nicht ärztliche Wachtpersonal, die Fahrzeuge und gesammte Einrichtung stellt, unterhält in gleicher Weise der Samariterverein die Rettungswache in der zweiten Feuerwache. Fahrpersonal, Wagen-

bespannung, Heizung und Beleuchtung stellt in beiden Wachen die Stadtverwaltung, sodass bei Meldung eines Unfalles sofort der diensthabende Arzt mit dem von der Feuerwehr bespannten und gefahrenen Rettungswagen sich an die Unfallstelle so schnell wie die Feuerwehr zu einem Brande begiebt. Glocken an den Wagen veranlassen andere Fuhrwerke dem Rettungswagen Platz zu machen. Den ständigen ärztlichen Dienst auf beiden Wachen besorgt der Aerzteverband, welcher für jede Wache vorläufig eine Vergütung von 4500 Mk. erhält. Der Rettungsdienst im städtischen Krankenhause wird von der Stadtverwaltung unterhalten, indem die Assistenzärzte abwechselnd den Rettungsdienst ausüben. Die Behandlung beschränkt sich auf Leistung erster Hülfe, eine Weiterbehandlung durch die Wachen darf nicht stattfinden. Die Hülfsleistung erfolgt für Unbemittelte unentgeltlich, von Bemittelten wird angemessene Vergütung erwartet. Die Aerzte vertheilen nach Anzahl der geleisteten Dienststunden das Honorar unter sich. „Soweit die an den Aerzteverband zu zahlenden Pauschalvergütungen von je 4500 Mk. durch die jeder Wache zufliessenden Einnahmen für erste Hülfeleistungen und Transporte und durch die von Krankenkassen zu zahlenden Pauschalvergütungen nicht gedeckt werden, wird der Fehlbetrag von der Stadtverwaltung ersetzt". Für Beförderung von ansteckenden Kranken wird ein bestimmter Wagen des städtischen Krankenhauses benutzt. Krankenkassen, welche Anspruch auf unentgeltliche Hülfsleistung und Transport ihrer Mitglieder machen, zahlen für das Jahr und jedes Mitglied 5 Pf., welche Summe je zur Hälfte an die Rettungsgesellschaft und an den Samariterverein fliesst. Für alle übrigen Dienstzweige sind eigene Vorschriften erlassen. Besonders ist der Alarmirungsdienst für Massenunfälle inner- und ausserhalb Frankfurts geregelt. Für letztere besteht ein Abkommen zwischen der Sanitätscolonne des Kreiskriegerverbandes Frankfurt am Main, der Eisenbahndirection, der Rettungsgesellschaft, sowie den Polizeibureaux. Das Depot der genannten Sanitätscolonne ist in einem Gebäude des Hauptbahnhofes untergebracht, sodass bei grösseren Unfällen ausserhalb der Stadt und besonders bei Eisenbahnunfällen sofort wirksame Hülfe geleistet werden kann. Mehrere Güterwagen sind für diesen Zweck der Colonne zur Verfügung gestellt, welche im Bedarfsfalle mit allem erforderlichen Material, Aerzten und Sanitätsmannschaften an die Unfallstelle abgehen können. In den Wagen werden während der Fahrt die zur Unterbringung der Verletzten nothwendigen Geräthschaften (Linxweiler) aufgestellt. Ferner ist ein eigener Wagen mit Dynamomaschine zur Verfügung, welcher nicht nur einen mächtigen Scheinwerfer speist, sondern auch Aufstellung und Versorgung electrischer Laternen zur Beleuchtung der Unfallstelle bei Dunkelheit gestattet.

### i) Hamburg.

Die oben erwähnte Rettungsanstalt von 1768, welche von der „Hamburgischen Gesellschaft zur Beförderung der Künste und nützlichen Gewerbe" oder wie sie in der Folge hiess, der „Patriotischen Gesellschaft" weiter er-

halten wurde, besass zur Zeit des Hamburgischen Brandes innerhalb der Stadt 44, ausserhalb derselben 42 Stationen. In den achtziger Jahren bestanden 150 und 1898: 204 Stationen, d. h. Stellen, an denen Rettungsgeräthschaften untergebracht waren. Die Rettungskästen, deren Inhalt natürlich ein etwas abweichender von dem des 18. Jahrhunderts ist, sind auf den Polizeiwachen, Bahnhöfen, Alsterdampfbooten eingestellt, ferner sind Rettungshaken, -boote, Eisboote, Plakate mit Anweisung zur Wiederbelebung an zahlreichen Stellen untergebracht. Zur Erwärmung und zum Transport der Verunglückten dienen wollene Decken und Anzüge, die 1897 in 169 Fällen benutzt wurden. 1899 wurden die gesammten Einrichtungen in 620 Fällen in Anspruch genommen. Am 1. Januar 1900 ging das gesammte Inventar der Rettungsanstalt in den Besitz des Hamburgischen Staates über und wird von dieser Zeit an von der Polizeibehörde weiter verwaltet. Die Rettungsanstalt hat jetzt als Hauptzweck ihrer Thätigkeit die Belohnung von Personen, die mit Einsetzung ihres Lebens Mitmenschen aus Wassers- oder Feuergefahr errettet haben.

Am 15. Mai 1885 wurde der „Hamburger Verein zur Errichtung von Sanitätswachen" begründet, und dessen erste Sanitätswache am 5. Mai 1888 dem Verkehr übergeben. Es war zunächst nur ein ärztlicher Nachtdienst von 8 Uhr Abends bis 7 Uhr Morgens eingerichtet. Für den Fall, dass, während der Arzt fortgerufen, Hülfe erbeten wurde, war ein Aerztenachweis hergestellt. Aerzte, welche sich zur Verfügung gestellt hatten, wurden von dem Hülfesuchenden, welcher auf der Wache einen Briefumschlag mit der betreffenden Adresse erhielt, geholt. Am 1. November 1890 konnte die zweite Wache eröffnet werden. Beide Wachen entwickelten im Jahre 1892 zur Cholerazeit eine sehr rege Thätigkeit. Die Inanspruchnahme der beiden Wachen war folgende:

| Wache 1: | Jahr | | Fälle |
|---|---|---|---|
| | 1888 | (8 Monate) . | 222 Fälle |
| | 1889 | . . . . . | 452 „ |
| | 1890 | . . . . . | 599 „ |
| | 1891 | . . . . . | 649 „ |
| | 1892 | (Cholerajahr) | 1983 „ |
| | 1893 | . . . . . | 648 „ |
| | 1894 | . . . . . | 599 „ |
| | 1895 | . . . . . | 660 „ |
| | 1896 | . . . . . | 687 „ |
| | 1897 | . . . . . | 640 „ |
| | 1898 | . . . . . | 652 „ |
| | 1899 | . . . . . | 790 „ |

Die Wache 2 musste am 31. Mai 1896 wieder geschlossen werden. Sie hatte bis zu dieser Zeit folgende Frequenz:

| Jahr | | Fälle |
|---|---|---|
| 1890 | (2 Monate) | 30 Fälle |
| 1891 | . . . . | 238 „ |
| 1892 | (Cholerajahr) | 829 „ |
| 1893 | . . . . | 367 „ |
| 1894 | . . . . | 323 „ |
| 1895 | . . . . | 312 „ |

Zur Zeit der Choleraepidemie war auch ein ärztlicher Tagesdienst in den Wachen eingerichtet. Während sonst in allen Wachen aller Städte die chirurgischen Hülfsleistungen der Wachen überwiegen, zeigte sich zu jener Zeit ein vollkommen anderes Bild. Es wurden von Wache 1 im Jahre 1892 511 chirurgische und 1082 innere Fälle behandelt. Von letzteren waren typische Cholera in den Monaten August und September 358. Auf Wache 2 kamen 187 äussere und 468 innere Fälle (172 Cholerakranke) zur Versorgung. Während der Zeit waren noch zwei „temporäre Sanitätswachen mit Aerztenachweis“ eingerichtet. Bemerkenswerth ist, dass im Bericht für das Jahr 1894 sich folgender Gedanke ausgesprochen findet:

„Gerade auf diesem Gebiete aber könnte vom Staate ausserordentlich Segensreiches geleistet werden, wenn die an verschiedenen Krankenhäusern bestehenden oder noch einzurichtenden Polikliniken ununterbrochen mit Assistenzärzten besetzt und zu Hülfeleistungen bereit wären. Durch den solcher Gestalt erfolgten Anschluss folgender neun Anstalten: . . . . . . . würde die Stadt mit einem vollständigen Ringe vortrefflich eingerichteter Stationen umgeben, und dem vorhandenen Bedürfnisse Genüge geschehen sein“.

Dieser Gedanke ist dann wieder im Bericht für 1897, also nach Begründung der Berliner Rettungsgesellschaft, ausgedrückt, jedoch bisher nicht verwirklicht worden. Man wollte damals mit Hülfe sämmtlicher Vereine, welche einschlägige Ziele haben, „und unter Heranziehung der verschiedenen Krankenhäuser, eine der Berliner Rettungsgesellschaft ähnliche Einrichtung für das gesammte hamburgische Gebiet schaffen“. Auch im letzten Bericht für 1899 ist von Verhandlungen die Rede, um an sämmtlichen Krankenhäusern Stationen zu errichten, in welchen erste ärztliche Hülfe geleistet wird.

Ausser der einen Sanitätswache fungirt das Polizei-Krankenhaus als Rettungswache, indem die diensthabenden Aerzte Hülfesuchende versorgen. Sämmtliche Polizeiwachen sind mit Verbandkästen und Räderbahren ausgerüstet, so dass die Polizisten, die als Nothhelfer ausgebildet sind, erste Hülfe leisten und in besonderen Fällen Aerzte aus der Nachbarschaft heranziehen.

Die vortrefflich organisirte Hamburgische Feuerwehr, deren Mannschaften seit 1891 — und zwar jetzt alle — als Samariter ausgebildet werden, leistet gleichfalls erste Hülfe, übernimmt aber nicht die Krankenbeförderung. Im gegebenen Falle werden die polizeilichen Krankenwagen herbeigerufen. In jedem Löschzuge werden zwei Verbandkästen, ein grosser auf dem Mannschaftswagen und ein kleiner auf der Gasspritze, zu jeder Brand- oder Unfallstelle mitgeführt. In jeder Wache ist ausserdem ein Reserveverbandkasten verfügbar. Die Hülfe wird Jedermann unentgeltlich geleistet. Von 1893—98 wurde bei Bränden 322mal und auf den Wachen 91mal erste Hülfe geleistet.

### k) Hannover.

Der Rettungsdienst wird im Wesentlichen von der Polizei gehandhabt, deren Mitglieder in der ersten Hülfe ausgebildet sind. Ereignet sich ein Unfall auf der Strasse, so kann der nächstbefindliche Schutzmann zunächst selbst Nothhülfe leisten. Zu diesem Behufe sind die Beamten mit kleinen ledernen Taschen ausgerüstet, welche ein Verbandpäckchen, eine Instruction für Verhalten bei Unglücksfällen, sowie in einem zweiten Büchelchen verschiedene für den Sanitätsdienst wichtige Angaben enthalten, z. B. ein Verzeichniss von Aerzten, welche sich zur Hülfe bereit erklärt haben, nach dem Alphabet der Strassennamen geordnet, ein Verzeichniss von Krankenträgern nach gleichem Grundsatz aufgestellt, Verzeichniss der Plätze, wo sich die Verbandkästen, die Krankenfahrbahren, die Tragkörbe und die Rettungsringe für Ertrinkende befinden. Die Tasche enthält eine weisse Legitimationskarte für die Verabfolgung des Rettungskastens, sowie eine rothe Karte für die Krankentrage. Der Schutzmann übergiebt die Karten an umstehende Personen und sendet sie an die nächst gelegenen Stellen, wo die Kästen, beziehungsweise die Tragen sich befinden. Dort erhält der Ueberbringer den Gegenstand ausgehändigt und begiebt sich schleunigst damit zur Unfallstelle zurück. Es erfolgt dann die Unterbringung des Verunglückten in seine Wohnung oder eins der Krankenhäuser, welche jetzt sich alle bereit erklärt haben, Verunglückten stets Aufnahme zu gewähren. Seit längerer Zeit wird beabsichtigt, in Hannover eine Rettungsgesellschaft nach Berliner Muster unter ärztlicher Führung zu schaffen. Leider ist die Absicht noch nicht ganz zur Ausführung gelangt.

In Linden bei Hannover ist ein vortrefflich organisirter Samariterverein vorhanden, dessen Mitglieder bei den hier in den vielen Fabriken zahlreich sich ereignenden Unfällen eingreifen.

Die Mitglieder des Vereins sind wie die des Leipziger Samaritervereins uniformirt.

### l) Kiel.

Der Deutsche Samariterverein Kiel wurde oben (S. 576) erwähnt. Besondere Organisationen für erste Hülfe hat derselbe in Kiel nicht getroffen. Er versendet hauptsächlich Gegenstände, Wandtafeln, sowie Verbandkästen für den Unterricht in der ersten Hülfe, letztere auch für den Gebrauch in Familien, Werkstätten, und ertheilt Rathschläge auf bezügliche Anfragen.

Die in den Betriebswerkstätten der Kaiserlichen Marine vorhandenen Einrichtungen zur ersten Versorgung verunglückter Arbeiter werden an anderer Stelle des Handbuchs von Kleffel geschildert.

### m) Köln.

Der im Jahre 1887 begründete Samariterverein hat 28 Samariterstationen in öffentlichen Gebäuden, Apotheken, Droguerien eingerichtet. In einem Schrank befindet sich eine zusammengeklappte, gedeckte Tragbahre, sowie erforderliche Verbandmittel.

Am 28. März 1899 erfolgte in Köln die Gründung eines von Aerzten geleiteten Samaritervereins, welcher nach seinen Satzungen folgende Aufgaben hat:

„1. Verbreitung der Kenntniss der „ersten Hülfe“ bei plötzlichen Unglücksfällen durch Ertheilung von Unterricht in denjenigen Hülfeleistungen, welche bis zu Ankunft eines Arztes nothwendig sind (Ausbildung von Samaritern).

2. Einrichtung von Verbandstellen und Beschaffung angemessener Transportmittel zwecks Fortschaffung Verunglückter oder plötzlich Erkrankter nach dem Krankenhause oder ihren Wohnungen.

3. Errichtung ständiger Rettungswachen mit ununterbrochenem Dienste bei Tag und bei Nacht.

4. Aufstellung zeitweiliger Wachen bei besonderen Gelegenheiten, wie Rennen, Regatten, Ausstellungen etc.

5. Zu Kriegszeiten den Kriegssanitätsdienst nach Maassgabe des Allerhöchst bestätigten Organisationsplanes der freiwilligen Krankenpflege zu unterstützen und in Friedenszeiten die zweckmässige Erfüllung dieser Aufgaben, soweit thunlich vorzubereiten“.

Im August wurde der Name „Kölner Rettungsgesellschaft unter ärztlicher Leitung“ angenommen, welcher dann verwandelt wurde in „Kölner Rettungsgesellschaft vom Rothen Kreuz“. Die Gesellschaft ging von dem richtigen Grundsatz aus, zunächst das Krankentransportwesen zu ordnen, was durch die Feuerwehr in genügender und zweckmässiger Weise geschah, wie dies im Aufsatz „Krankentransportwesen“ dargelegt worden ist. Die vorhandenen Verbandstellen wurden in den Bereich der Gesellschaft mit einbezogen; in grösseren Fabriken sollen weitere eingerichtet werden. Der Samariterunterricht hat begonnen, und eine grosse Zahl von Personen ist ausgebildet worden. Ob es thunlich ist, den Unterricht, wie Bardenheuer im Bericht der Gesellschaft und auch v. Esmarch es anrathen, in der letzten Classe der Volksschule zu ertheilen, ist eine noch offene Frage. Die Kölner Gesellschaft hat ihre Rettungswachen wie die Berliner an die Krankenhäuser aus dem gleichen Grunde angelehnt, welcher für die Berliner Rettungsgesellschaft bei Einrichtung ihrer Krankenhäuser als „Hauptrettungswachen“ maassgebend war. Bardenheuer sagt in seiner am 26. Mai 1900 in der Generalversammlung gehaltenen Ansprache:

„Die neugebildeten Rettungsstationen, unabhängig von einem grossen Hospitale, haben nur dann ihre Berechtigung, wenn sie in einem grösseren Bezirke liegen, wo ein Hospital fehlt; es dienen alsdann die Rettungsstationen zur Gewährung der raschen ersten Hülfe. Wenn sich die Rettungsstation hierauf beschränkt, so thut sie vollkommen ihre Pflicht, wenn sie sich hingegen zu einer Poliklinik oder gar zu einem Hospitale entwickelt, so verfehlt sie ihren Zweck; zu einem Hospital gehört mehr als ein Haus mit einigen Betten zur Unterbringung von Kranken; jedenfalls steht dasselbe einem ordentlich geleiteten Hospital, welchem alle Hülfsmittel, welche die Wissenschaft uns an die Hand giebt, zur Verfügung stehen, weit nach.

Es liegt fernerhin allzu nahe, dass die Kranken oft in eine Rettungsstation gebracht werden, vielleicht mit Umgehung eines nahegelegenen Hospitales wodurch eine zweimalige Verladung, ein zweimaliger Verband nöthig wird, was jedenfalls nicht im Interesse des Kranken liegt. Letzteres trifft nur dann zu, wenn es sich um eine ein-

fache, nicht an ein Hospital sich anlehnende Rettungsstation handelt. Eine Zwischenstation zwischen der Unfallstätte und dem Hospitale wirkt, wie v. Bergmann richtig hervorhebt, für die meisten dieser Fälle eher schädlich als nützlich. Es kommt hier besonders darauf an, möglichst rasch, möglichst prompt und sachgemäss den Kranken zu verbinden, ohne dass etwas an der Wunde geschieht, ihn möglichst sanft zu verladen und ins nächste Hospital zu transportiren.

Der Vorzug einer an das Hospital angelehnten Rettungswache liegt darin, dass in derselben stets ein du jour habender Arzt vorhanden ist, dass dem Verletzten nicht nur die erste, sondern event. auch die dauernde Hülfe gewährt wird, dass dem Arzte geschultes Wartepersonal zur Verfügung steht, dass ein zweimaliger Verband überflüssig wird, dass event. auch eine grössere Operation, wenn es noth thut, direkt ausgeführt werden kann etc."

Diese Worte des Vorsitzenden der Kölner Rettungsgesellschaft sind von hohem Interesse, da sie sich vollkommen mit den Ansichten decken, welche in Berlin bei Begründung der Rettungsgesellschaft massgebend waren.

Die drei Feuerwachen, von welchen aus die Krankenbeförderung geschieht, sind mit allen Hospitälern telephonisch verbunden, so dass durch Anruf einer dieser Stellen jederzeit ein Wagen an die gewünschte Stelle entsendet werden kann. Bei Nacht stehen die Rettungswachen und Polizeicommissariate (30 Stellen) für den Anruf zur Verfügung. Um auch noch die anderen Einrichtungen der in Berlin vorhandenen Centrale einzuführen, ist die Errichtung einer eigenen Centrale ins Auge gefasst, und diese auch inzwischen hergestellt worden. Ausserdem hat die Gesellschaft die Aufgabe übernommen, Colonnen und Pflegerinnen für das Rothe Kreuz in den vorhandenen Hospitälern auszubilden. Vorträge über Volkshygiene und allgemeine Samaritercurse für die Mannschaften der Feuerwehr, Polizeibeamte, Damen und Angehörige verschiedener Fabrikbetriebe wurden gehalten. Im Jahre 1899 wurden zeitweilige Wachen für verschiedene Gelegenheiten errichtet. Es sind 13 ständige über das Weichbild der Stadt vertheilte Rettungswachen in Aussicht genommen, die in unmittelbarer Verbindung mit den Krankenhäusern stehen. 1166 Krankentransporte wurden vom 19. August 1899 bis 31. März 1900 ausgeführt.

### n) Königsberg.

Der Rettungsdienst wird zum Theil von der städtischen Feuerwehr besorgt. Der betreffende Unfallwagen wird durch besondere „Unfallmelder", automatische Melder oder durch in die Feuermelder eingebaute Fernsprecher, herbeigeholt. Die Polizei- und Feuermannschaften sind zum Theil als Samariter ausgebildet. Auf den Polizeiwachen sind Verbandkästen, und an einigen Stellen der Stadt und Umgebung Krankentragen eingestellt. Für Massenunfälle ist auf der Hauptfeuerwache ein ständig bespannter Mannschaftswagen, welcher mit 8 ausgebildeten Mannschaften ausfährt, mit mehreren Tragen und Rettungswerkzeugen in Bereitschaft. Die Benutzung des Unfallwagens wird von der Stadt unentgeltlich gewährt. Augenblicklich werden Versuche mit neuen elektrischen Unfallmeldern, welche gleichzeitig als Feuermelder benutzt werden können,

gemacht. Für den Fall von Massenunfällen ist, falls die Kräfte der Feuerwehr nicht ausreichen, die Beihülfe der Königsberger Sanitätscolonne vorgesehen. Wie der erste leitende Arzt der Colonne, Oberstabsarzt Herrlich, bei Gelegenheit einer Uebung der Colonne am 25. September 1898 auseinandersetzte, sind für einen ständigen Wachtdienst die dem Berufs- und Erwerbsleben angehörenden Colonnenmitglieder nicht sehr geeignet, sondern mehr für Alarmirung bei Massenunfällen. Herrlich betonte, dass die Schaffung des Rettungsdienstes sehr richtig von der Stadt Königsberg übernommen sei, und dass „die Organisation des Rettungswesens ebenso sehr eine Angelegenheit der practischen Aerzte ist, während die Laiensamariter (wie es heute vielfach zu Tage tritt) nicht berufen sind, auf diesem Gebiete eine führende Stellung einzunehmen.“

### o) Leipzig.

Das Rettungswesen liegt in den Händen des Leipziger Samaritervereins, welcher am 6. Juni 1882 begründet wurde. Aus den Satzungen sind zu erwähnen:

§ 2. Der Samariterverein bezweckt zunächst, unter Laien die Kenntniss von der ersten Hilfe bei plötzlichen Unglücksfällen zu verbreiten durch Ertheilung des Unterrichtes in den Hilfeleistungen, welche bis zur Ankunft eines Arztes nothwendig sind.

Sodann befasst sich der Verein mit dem Rettungs- und Pflegedienst bei Verunglückten und plötzlich Erkrankten, indem er für schnelle, wenn nöthig ärztliche Hilfe und für zweckmässige Fortschaffung derselben in ausgiebiger Weise und unter besonderer Berücksichtigung Unbemittelter Sorge trägt durch Sanitätswachen und andere Einrichtungen des Samariterwesens, welche sich im Interesse des öffentlichen Wohles nöthig machen.

§ 3. Als Samariter sollen vor Allen diejenigen ausgebildet werden, welche in Folge ihres Berufes am häufigsten in die Lage kommen können, bei Unglücksfällen die erste Hilfe zu leisten, namentlich Schutz- und Feuerwehrleute, Post- und Eisenbahnbeamte, Bau- und Werkmeister, Bau- und Fabrikarbeiter u. dergl. Der Unterricht soll aber auch allen anderen Personen beiderlei Geschlechtes Gelegenheit bieten, sich obengenannte Kenntnisse zu erwerben, um bei vorkommenden Unglücksfällen ihren Mitmenschen hilfreich sein zu können.

§ 4. Der Samariter-Unterricht findet unter Leitung und auf Kosten des Vereines statt. Die Lehrcurse sind auch Nichtmitgliedern zugänglich und für die Theilnehmer unentgeltlich.

§ 5. Die ständigen oder zeitweiligen Vereinsanstalten für den Rettungsdienst, Sanitätswachen, Sanitäts-, Verband- und Rettungsstationen u. s. w., sind dazu bestimmt, schnelle und zuverlässige Hilfe bei Ungücksfällen und plötzlichen Erkrankungen sicher zu stellen. Auch gewähren die Sanitätswachen Personen, welche auf den Strassen oder an öffentlichen Orten verunglücken oder erkranken, vorübergehende Aufnahme und bereiten deren Fortschaffung nach ihren Wohnungen oder dem Krankenhause vor.

Die ständigen Sanitätswachen gewähren nur nachweislich Unbemittelten völlig freie Behandlung.

§ 6. Einrichtungen zur weiteren Fürsorge für Verunglückte und plötzlich Erkrankte (Pflegedienst) werden nach Thunlichkeit vom Verein getroffen werden.

Bei Ereignissen, wo grössere Menschenansammlungen vorkommen, errichtet der Verein zeitweilige Sanitätswachen, für welchen Zweck von Assmus ausgezeichnete Schränke angegeben worden sind, welche alles für die Einrichtung einer Wache Erforderliche enthalten. Beim Ausbruch eines Krieges oder von Seuchen stellt sich der Verein den Behörden zur Verfügung. Er unterhält jetzt drei Sanitätswachen, welche seit 1890 ständigen ärztlichen Tages- und Nachtdienst haben. Auf jeder Wache sind mindestens zwei Heilgehülfen im Dienst, von welchen der dienstälteste als erster Heilgehülfe mit der Führung der Wache betraut ist. Bei Verletzungen leichterer Art hat der wachthabende Heilgehülfe „die erforderliche niedere wundärztliche Hülfe zu leiten, den Verletzten aber ausdrücklich aufzufordern, alsbald ärztliche Hülfe aufzusuchen unter Ablehnung aller Verantwortung für die Folgen, welche durch etwaige Verzögerung entstehen können". Bei der Wahl des Arztes dürfen die Behandelten nicht beeinflusst werden. Sehr genau ist bestimmt, in welchen Fällen die Heilgehülfen Hülfe nicht selbstständig leisten dürfen. Bei Erkrankungen an öffentlichen Orten oder in den Wohnungen ist schleunigst der Arzt vom Dienst zu benachrichtigen, ebenso bei schwerer Verletzten oder innerlich Erkrankten, welche die Wache aufgesucht haben. „Dasselbe gilt von allen Fällen, in denen der Wachthabende bezüglich der Art der Verletzung oder Behandlung im Zweifel ist, oder bei denen durch sofortiges Eingreifen des Arztes eine Abkürzung der Heilungsdauer herbeigeführt oder eine Verschlimmerung vermieden werden kann."

Die Aerzte vom Dienst, welche in der Nähe der Wachen wohnen müssen, haben sich durch schriftlichen Vertrag zur Dienstleistung auf den einzelnen Wachen zu verpflichten und erhalten eigene Fernsprechverbindung mit der bestimmten Wache. Sie haben sich während ihrer Dienststunden zu Hause zu halten oder genau den Ort ihrer Anwesenheit anzugeben. Im Fall ihrer Behinderung haben sie selbst für einen Stellvertreter zu sorgen. Der ärztliche Tagesdienst wird stundenweis nach bestimmter Festsetzung ausgeübt, der Nachtdienst so, dass ein Arzt vom Dienst und ein Ersatzarzt vorhanden ist. Der Ersatzarzt wird bei Behinderung des Arztes vom Dienst, oder wenn letzterer nicht sogleich zu Hause oder an dem auf der Wache angemeldeten Orte anzutreffen, herbeigerufen. Die gesammten Geschäfte und der Dienst aller Betheiligten auf der Wache wird vom Wachvorsteher überwacht. Für die Hülfeleistungen stellt der Arzt Liquidationen an den Verein aus, welcher seinerseits die Rechnungen weiter übermittelt. Ferner sind aufsichtsführende Aerzte für jede Wache vorhanden. Den gesammten Dienstbetrieb leitet ein Arzt als Director der Sanitätswachen. Jede Wache hat ferner einen Boten. Diese sowie die freiwilligen Mannschaften und die Beamten des Vereins sind uniformirt.

Der Dienst der Wachen vollzieht sich in militärischen Formen, so dass für jede geringste Bethätigung eines Beamten oder Arztes in dem verzweigten Betriebe klar und genau abgefasste Dienstanweisungen vorhanden sind, ein mühevolles Werk von Assmus. So bestehen

vortrefflich ausgearbeitete Anweisungen für das Verhalten bei Massenunfällen, bei welchen auch die freiwilligen Hülfsmannschaften (Samariter) in Thätigkeit treten, welche auch sonst die ständigen und zeitweiligen Sanitätswachen unterstützen. Mitglied einer freiwilligen Samariterabtheilung „kann jeder unbescholtene und körperlich rüstige Mann“ werden, welcher das 18. Lebensjahr vollendet, einen Ausbildungscurs des Vereins mit Erfolg besucht und das Gelöbniss als Samariter abgelegt hat“. Auch diese Mannschaften haben besondere Dienstordnung.

Ausser den ständigen und zeitweiligen Wachen unterhält der Verein Verbandstationen auf dem städtischen Vieh- und Schlachthof und in der städtischen Markthalle. Ferner hat er Rettungsringe, sowie sonstige Geräthschaften für Rettung Ertrinkender an den Flussläufen und in Badeanstalten untergebracht. Der Verein ertheilt Unterricht in der ersten Hülfe an die Polizei-, Feuerwehrmannschaften, Eisenbahnbeamten, in Fach- und Fortbildungsschulen. Die Krankenkassen erhalten bei Berechnung der Behandlung ihrer Mitglieder in plötzlichen Erkrankungen und Unfällen einen Rabatt.

Eine hervorragende Ausstattung hat die erste Sanitätswache des Vereins am Nikolaikirchhof, bei welcher sich auch die Räume für Versammlungen, für den Unterricht, sowie die reichhaltigen Niederlagen von Material für die Wachen und die Zeugverwaltung befinden. Selbst ein Röntgenapparat ist hier aufgestellt. Jede Wache ist mit erforderlichen Transportmitteln, Trag- und Räderbahren ausgerüstet, ferner besitzt der Verein einen eigenen Wagen, für welchen die Feuerwehr die Bespannung und Kutscher stellt (siehe den vorigen Artikel). Die Stadtgemeinde zahlt dem Verein einen jährlichen Zuschuss von 25 000 Mk.

Die Thätigkeit des Vereins ist eine sehr bedeutende. Im Jahre 1900 wurden in 14 Lehrkursen 219 Vorträge vor 319 Zuhörern von 6 Aerzten ertheilt. Seit Bestehen des Vereins wurden 197 Curse mit 3820 Uebungen und Vorträgen vor 5526 Personen beiderlei Geschlechts abgehalten. Die Wachen hatten 31 dienstthuende Aerzte, 16 Beamte und 1 Samariterin. Erste Hülfe wurde in 8253 Fällen geleistet. Es ist auch der Versuch gemacht, eine Abtheilung von Damen mit Diensttracht einzurichten. Seit 1. Januar 1901 ist eine Samariterin fest angestellt. Ferner hat der Verein einen Sanitätshund, mit welchem Uebungen abgehalten werden.

Die Hülfe der ständigen Wachen wurde im Jahre 1900 6974 mal beansprucht, 6561 Leistungen geschahen am Tage und 1413 während der Nacht. Seit 1882 betrug die Zahl der Hülfsleistungen 81 460. Auf dem städtischen Vieh- und Schlachthof wurde in 688, in der Markthalle in 57 Fällen erste Hülfe geleistet. Die ausgebildeten Samariter sendeten 534 Zählkarten über erste Hülfsleistungen ein.

In ganz Sachsen ist, Dank der unermüdlichen Bestrebungen von Assmus, das Samariter- und Rettungswesen in vortrefflicher Weise ausgebildet. So besteht für das Königreich Sachsen ein besonderer Landes-Samariterverband als ein Theil des Deutschen Samariterbundes. Dass

durch die centralisirten Bestrebungen auf diesem Gebiete unter ärztlicher Leitung Gutes geschaffen und eine Waffe gegen die Kurpfuscherei gebildet wird, zeigen die selbst in kleineren Ortschaften bestehenden Samaritervereine, als deren Beispiel nur das der Stadt

l) Chemnitz

gewählt werden soll. Aus seinen Satzungen interessiren besonders folgende Paragraphen:

§ 2. Der Samariter-Verein zu Chemnitz bezweckt, die Kenntniss der ersten Hülfe bei Unglücksfällen und plötzlichen schweren Erkrankungen, sowie die Grundbegriffe der Krankenpflege unter Laien zu verbreiten und die Ausübung jener ersten Hülfe zu fördern.

§ 5. Von der Mitgliedschaft sind unbedingt ausgeschlossen:

a) Personen und Vereine, die die Kurpfuscherei und andre unlautre Zwecke offen oder versteckt befördern.

b) Gesellschaften oder Personen, die, ohne approbirte Aerzte zu sein, sich mit der Bethätigung der ersten Hülfe gewerbsmässig befassen.

Der Rath der Stadt Chemnitz hat mit dem Samariterverein ein Abkommen getroffen, wonach der letztere Verein die Verpflichtung übernommen, möglichst für jede Polizeiwache die in der Nähe wohnenden Samariter und Samariterinnen namhaft zu machen, welche im Falle eines Unfalles sich zur Verfügung stellen. Ferner haben sich für den Tag und die Nacht 48, bezw. 45 Aerzte, für die verschiedenen Stunden einem event. an sie ergehenden Rufe zur Hülfsleistung unverzüglich Folge zu leisten bereit erklärt. Die freiwilligen Mannschaften tragen im Dienst einen bestimmten Anzug. Der gesammte Dienst der Aerzte und sonstigen Mannschaften und Beamten ist durch sorgsam ausgearbeitete Dienstordnungen geregelt. Der Verein erhält seit 1897 eine städtische jährliche Beihülfe von 1000 Mk.

In den meisten anderen Städten des Königreichs Sachsen sind Samaritervereine vorhanden, welche in Gemeinschaft mit den Aerzten das Rettungswesen unter ärztlicher Leitung besorgen und jede Kurpfuscherei streng ausschliessen.

p) Lübeck.

Rettungswachen sind hier nicht vorhanden. In den drei Krankenhäusern der Stadt kann schnell chirurgische Hülfe geleistet werden. Die Polizeiwachen haben ausser Räderbahren Verbandkästen. An 42 Stellen sind an den Wasserläufen Rettungsgeräthe angebracht: 33 Rettungsbälle, 48 Rettungshaken und 24 Eisleitern.

q) München.

Am 13. Juni 1894 wurde in München die Münchener freiwillige Rettungsgesellschaft begründet, welche sich die Aufgabe stellt:

§ 1. „a) dem Kranken- und Verwundetentransport zu einer angemessenen Gestaltung zu verhelfen;

b) rasche erste Hülfe bei allen Unglücksfällen und plötzlichen Erkrankungen zu sichern.

§ 2. Diesem Zweck sollen nach Maassgabe der vorhandenen Mittel dienen:

a) möglichste Verbreitung der Kenntniss erster Hülfe;

b) Beschaffung von angemessenen Krankentransportmitteln (leicht desinficirbaren, womöglich bespannten Wägen u. s. w.);

c) Unterstützung der Ambulanzen in Bedarfsfällen;

d) Einrichtung zur Sicherung rascher ärztlicher Hülfe bei Unfällen oder plötzlichen, schweren Erkrankungen auf öffentlichen Plätzen und in Privatwohnungen, wenn ein Haus- oder Kassenarzt nicht zur Stelle ist.

§ 3. Die Leistungen der Münchener Freiwilligen Rettungsgesellschaft geschehen für die Hülfesuchenden ohne Beanspruchung von Entschädigung.

Auf der Wache, welche am 16. December 1894 eröffnet wurde, wird Dienst von der Sanitätsmannschaft gethan. Für den Dienst ausserhalb der Station wurden zuerst und an bestimmten Tagen abwechselnd die Volontärärzte der Krankenhäuser l. und r. d. I. verpflichtet, welche im Krankenhause zum Dienste auf der Station anwesend sein mussten, um auf Anruf der Sanitätsstation vom Krankenhause aus zur Hülfe an die Unfallstelle zu eilen.

Seit dem Frühjahr 1901 ist ein ständiger Arzt als Leiter der Station angestellt, der in nächster Nähe derselben wohnen, die Mannschaften täglich controliren, bei schweren und Massenunfällen selbst mit thätig sein muss.

Um in jeder Beziehung gemeinschaftlich mit der Gesammtheit der Aerzte zu handeln, wurden die Satzungen der Gesellschaft mit dem ärztlichen Verein und ärztlichen Bezirksverein durchberathen und folgende Beschlüsse angenommen:

1. Die von der freiwilligen Rettungsgesellschaft beabsichtigte Leistung ärztlicher Hülfe bei allen Unglücksfällen und plötzlichen Erkrankungen kann und soll nur eine „Nothhülfe“ sein.

Darnach muss Vorsorge getroffen werden, dass die Hülfeleistung bei plötzlichen Erkrankungen nach Möglichkeit auf wirkliche Nothfälle beschränkt wird, und dass die weitere Behandlung der plötzlich erkrankten Personen den Hausärzten gesichert bleibt.

2. Als regelmässige Einrichtung zur Beschaffung der ärztlichen Hülfe in solchen Nothfällen — insbesondere bei plötzlichen schweren Erkrankungen in Privatwohnungen — empfiehlt es sich, zunächst mit den Universitätspolikliniken, den städtischen Krankenhäusern, dem Militärlazareth, dem Sanatorium vom Rothen Kreuze und ähnlichen Anstalten, in welchen Tag und Nacht ein Arzt zur Stelle ist, zweckentsprechende Vereinbarungen herbeizuführen.

3. Sollte es sich späterhin als nothwendig erweisen, von Seiten der Rettungsgesellschaft praktische Aerzte für einen ärztlichen Jourdienst anzustellen, so erachten es die beiden Vereine als wünschenswerth, bei dem Abschlusse von Verträgen mit diesen Aerzten in der Weise mitzuwirken, dass sie die Vertragsentwürfe prüfen und begutachten“.

Für die Ausführung der bestellten Krankentransporte wurde seitens der Gesellschaft vom 1. Januar 1896 an eine Vergütung von gewöhnlich

3 Mk. angesetzt. Etwas vorher fand eine Generalversammlung statt, in welcher folgende Vereinbarung mit der freiwilligen Sanitäts-Hauptcolone angenommen wurde, welche mit dem 1. Januar 1896 in Kraft trat:

1. Es wird für beide Corporationen die Stadt in zwei Territorien abgetheilt, für welche als Grenzlinie der Strassenzug von der Landsbergerstrasse, Bayerstrasse, Karlsplatz, Karlsthor, Neuhauser-, Kaufingerstrasse, Marienplatz, Rathhausthor, Thal, Isarthorplatz, Zweibrücken- und Rosenheimerstrasse gilt.

Die freiwillige Rettungsgesellschaft hat die südlichen Stadtbezirke, die freiwillige Sanitätscolonne die nördlichen Stadttheile zu versorgen.

Der Strassenzug selbst wird nochmals durch den Rathhausbogen abgetheilt und gehören Landsbergerstrasse bis inclusive Marienplatz zum Süden, also zur Rettungsgesellschaft, Rathhausbogen bis inclusive Rosenheimerstrasse gehören zum Norden, also zur Sanitätscolonne.

Der Rayon des Centralbahnhofes, der Bahnhofsplatz, sowie die nördliche Seite des Karlsplatzes (Seite des Justizpalastes) gehören zum Bezirke der Sanitätscolonne.

2. Unter diese territoriale Eintheilung fallen:

a) alle Unglücksfälle,

b) plötzliche Erkrankungen

in den Strassen und Plätzen der Stadt, öffentlichen Localen und Privathäusern.

Solche Erkrankungen sind z. B. Ohnmachten, Schlaganfälle, Blutungen, Vergiftungen, Krämpfe, geklemmte Brüche, plötzliche Geburten, Eklampsie, Epilepsie etc. etc.

3. Transporte von kranken Personen, welche aber nicht plötzlich erkrankt sind (angemeldete Krankentransporte), von den Wohnungen in die Krankenhäuser und Kliniken der Stadt und umgekehrt oder von Wohnung zu Wohnung (z. B. bei Umzügen) oder von und zu den Bahnhöfen) können von jener Corporation bethätigt werden, welche gerufen ist und unterliegen diese einfachen Krankentransporte nicht der unter No. 1 getroffenen territorialen Eintheilung.

4. Die Sanitätswachen sind verpflichtet, diese Bestimmungen aufs Genaueste einzuhalten und Meldungen, welche an die nicht zuständige Sanitätswache gelangen sollten, unverzüglich telephonisch an die zuständige Sanitätswache weiter zu geben.

5. Bei Unglücksfällen und Katastrophen, bei denen es sich um Verunglückung mehrerer Personen handelt, sind die beiden Sanitätswachen verpflichtet, sich unverzüglich gegenseitig zu verständigen und rücken in solchen Fällen beide Wachen ab. Solche Unfälle sind z. B. Hauseinsturz, Gerüsteinsturz, Paniken, Explosionen etc. etc.

6. Ist eine Sanitätswache schon in Anspruch genommen und wird dieselbe zu einem weiteren dringenden Fall gerufen, ohne diesem Anruf sofort Folge leisten zu können, so soll die andere Sanitätswache um Aushülfe angegangen werden.

7. Der Rettungsdienst bleibt unentgeltlich, ebenso der Kranken-

transportdienst für die zahlenden Mitglieder der beiden Gesellschaften und für Unbemittelte. Zahlungsfähigen Kranken, welche nicht Mitglieder einer der beiden Gesellschaften sind, wird für einfache Krankentransporte eine Taxe von 3 Mk. in Anrechnung gebraht.

8. Das Abstellen von Sanitätsmannschaften der Colonne bei festlichen Gelegenheiten, wie Octoberfest, Umzügen, Rennen, Pferdemärkten, Theatern etc., welches stets auf Anordnung der kgl. Polizeidirection oder des Stadtmagistrats erfolgt, erleidet durch diese Vereinbarungen keine Aenderung und werden bei solchen Anlässen sich ergebende Transporte von der anwesenden Sanitätsmannschaft der Colonne ausgeführt."

Im Februar 1894 hatte die freiwillige Sanitätshauptcolonne München mit der Errichtung von Unfalldepots in einzelnen Stadtbezirken begonnen, welche Transport- und Verbandmaterial zur allgemeinen Benutzung in Bedarfsfällen enthielten und Schilder zur Kenntlichmachung hatten. Im März wurde ein bespannter Wagen beschafft, und am 25. September 1894 eine eigene ständige Sanitätswache in der Marstallstrasse eröffnet. Schon nach einem Jahre besorgte die Colonne eigene Pferde und bezog am 15. Juni 1898 neue Räume in der Hildegardstrasse. Diese sind mit grosser Pracht eingerichtet, mit Stallungen für Pferde und Remisen für die Krankenwagen versehen. Sehr genau ist die Instruction für den Wachtdienst und für die Ausführung der Krankentransporte abgefasst, über welche im Aufsatze über Krankentransport nachzulesen ist.

Der Dienst auf der Wache wird nicht von Aerzten versehen, „doch ist Vorsorge getroffen, dass in dringenden Fällen ärztliche Hülfe rasch erholt werden kann und steht die Sanitätswache, wie schon früher erwähnt, unter ärztlicher Leitung und Controlle".

In den 16 Unfalldepots sind ausser Transportmitteln Verbandkästen, wollene Decken, Tragsitze, in den Hülfsdepots ausser Krankentragen eine Verbandtasche vorgesehen. Eine grosse Zahl von Unfallmeldestellen ist in der Stadt vorhanden und äusserlich durch Schilder kenntlich gemacht.

Neben dem Transportmaterial besitzt die Colonne 4 grosse und 22 kleinere Verbandkästen und 20 Verbandtaschen.

Die Thätigkeit der beiden Gesellschaften war folgende:

| | Wache der Rettungsgesellschaft. | Wache der Sanitätskolonne. |
|---|---|---|
| 1894 | Fälle | 535 Fälle |
| 1895 | 1798 „ | 2276 „ |
| 1896 | 2451 „ | 2316 „ |
| 1897 | 2993 „ | 2984 „ |
| 1898 | 3205 „ | 3383 „ |
| 1899 | 3711 „ | 3831 „ |
| 1900 | 5581 „ | 4151 „ |

Bei der Sanitätscolonne kommt zu diesen noch eine erhebliche Zahl von Inanspruchnahmen der Unfalldepots u. s. w.

In ihrem Stadttheil hat auch die Rettungsgesellschaft Unfallmelde-

stellen eingerichtet. Im Ganzen ist ein einheitliches Zusammen- oder vielmehr Nebeneinanderwirken beider Gesellschaften hergestellt worden.

Die freiwillige Sanitätscolonne erhält vom Stadtmagistrat eine jährliche Unterstützung von 3000 Mk. Der freiwilligen Rettungsgesellschaft wird seit dem Jahre 1901 unentgeltliche Abstellung von 2 Pferden aus dem städtischen Marstall und billige Abmiethung von Oertlichkeiten für die Fahrzeuge, Sanitätsstation und Stallung für die eigenen Pferde gewährt.

### r) Nürnberg.

Der Rettungsdienst ruht auch hier seit December 1895 in den Händen der freiwilligen Sanitätshauptcolonne, welche eine Rettungswache errichtet hat, in welcher der Dienst von den Mitgliedern der Colonne versehen wird, während Aerzte die Beaufsichtigung ausüben.

„Die freiwillige Sanitäts-Haupt-Colonne Nürnberg, welche im Verbande des bayerischen Landeshülfsvereins vom Rothen Kreuze steht, hat zunächst die Aufgabe, ihre Mannschaften zur Unterstützung des Militärsanitätsdienstes im Felde zu schulen und vorzubereiten, sodann auch die erste Hülfe bei Unglücksfällen und Nothständen zu leisten. Für letztere Aufgabe ist die ständige Sanitätswache errichtet, welche die erste Hülfe leistet bei Unfällen, Erkrankungen und Katastrophen jeglicher Art. Die Colonne übernimmt ferner Krankentransporte innerhalb der Stadt wie nach auswärts. Sie verfügt über ein gründlich ausgebildetes, ärztlich geschultes, ständiges und freiwilliges Personal.

In Bedarfsfällen wird auch die erste ärztliche Hülfe vermittelt. Der Rettungsdienst ist unentgeltlich, ebenso Krankentransporte für Unbemittelte.“

Die Wache selbst ist mit allen erforderlichen Gegenständen ausgerüstet, der Fuhrpark ist im vorigen Artikel ausführlich beschrieben worden. Im Jahre 1900 wurde die Wache von 2739 Hülfesuchenden in Anspruch genommen. In den früheren Jahren betrugen die Zahlen:

| 1895 | 1896 | 1897 | 1898 | 1899 |
|---|---|---|---|---|
| 54 | 1488 | 1918 | 2367 | 2955 Fälle. |

### s) Stettin.

Am 1. Juli 1895 erfolgte die Einstellung eines Krankenwagens und die Anlage einer Sanitätswache mit erforderlichem Material in der Hauptwache der Berufsfeuerwehr. Bis zum 31. März 1896 wurde von den ausgebildeten Mannschaften der Feuerwehr in 639 Fällen erste Hülfe geleistet bezw. Krankentransporte ausgeführt. Die Thätigkeit der Feuerwehr für Rettungszwecke steigerte sich bedeutend und betrug in den nächsten Jahren 1195, 1368, 1479, 1847, 1995 Fälle. Bei einzelnen Gelegenheiten rückte ein Arzt mit zur Unfallstelle aus.

Eine Umwandlung des gesammten Rettungswesens datirt in Stettin seit der Begründung der Stettiner Rettungsgesellschaft. Der „Bericht über die Verwaltung der Feuerwehr und der Strassenreinigung“ für 1899/1900 giebt hierüber folgende Darstellung: „Eine von Berlin ausgehende lebhafte Agitation für die Einrichtung von Unfallstationen

erregte in der hiesigen Aerzteschaft die Besorgniss, es könnten sich hier die in Berlin eingetretenen unliebsamen Vorgänge wiederholen, die den Geheimrath von Bergmann veranlassten, die Berliner Rettungsgesellschaft zu begründen." Am 15. October wurde im Gebäude der Hauptfeuerwache ein ärztlicher Dujourdienst eingerichtet, für welchen eine besondere „Dienstanweisung für die wachthabenden Aerzte auf den Sanitätswachen" besteht, welche vollkommen der Dienstinstruction des Aerztevereins der Berliner Rettungsgesellsellschaft gleicht. Die Leitung der Rettungsgesellschaft untersteht einem Ausschuss, während der Verein der Aerzte die Versorgung des ärztlichen Wachtdienstes übernommen hat. 3 Aerzte als Obmänner haben die technische Beaufsichtigung des gesammten Wachtdienstes zu führen. Etwa 40 Aerzte betheiligen sich am Rettungsdienst, welcher am Tage in der Regel zweistündlich wechselt. Während der Zeit von 3—5 Nachmittags ist stündlicher Arztwechsel. Während der Nachtzeit wird der Arzt nicht abgelöst. Im ersten Jahre wurden 1713 Fälle behandelt, dabei 270 innere und 20 geburtshülfliche, 150 Patienten wurde in ihren Wohnungen erste Hülfe geleistet. Jeder Arzt, welcher sich am Wachtdienst betheiligen will, wird aufgenommen. Mit der Sanitätswache ist ein Nachweis für Krankenpflegepersonal verbunden.

### t) Stuttgart.

Die Polizeimannschaften erhalten Instruction in der ersten Hülfe. Auf jeder Polizeistation ist ein Verbandkasten vorhanden, sodass jeder mit Taschenbesteck ausgerüstete Arzt ihn benützen kann. Der Sanitätswagen der Feuerwehr fährt mit der Schnelligkeit der Feuerwehr zum Unfallsort. Die günstige Lage der Krankenhäuser in der Stadt erübrigt eine Einrichtung weiterer Stationen für erste Hülfe. Bei grösseren Veranstaltungen, wie Schützen-, Volksfesten tritt die freiwillige Sanitätscolonne vom Rothen Kreuz in Thätigkeit.

Ausserdem bestehen noch in verschiedenen Städten des Deutschen Reiches Einrichtungen, welche, wie die geschilderten, von verschiedenen Körperschaften und Behörden begründet sind. Ich habe dieselben in tabellarischer Form bereits im Auftrage des Vorstandes des Deutschen Samariterbundes 1897 bezw. 1900 zusammengestellt.

## 2. Ausserdeutsche Europäische Staaten.

Es sollen von diesen nur diejenigen erwähnt werden, in welchen sich hervorragende Einrichtungen für das Rettungswesen finden, da die Verhältnisse in den anderen Ländern zum Theil aus der Schilderung im Artikel „Krankentransportwesen" zu ersehen sind.

### a) Belgien.

Das Rothe Kreuz hat in Friedenszeiten die Aufgabe, für den Kriegsfall ärztliches und Pflegepersonal heranzubilden, sowie Material bereit zu halten und bei grossen Katastrophen helfend einzugreifen.

Die Société Royale des Sauveteurs de Belgique bezweckt das Rettungswesen in Belgien im weitesten Sinne zu organisiren und besonders alle gefährdeten Punkte des Landes, nämlich Küsten, Flüsse, Kanäle und Wasserläufe, mit Schiffen, Maschinen und Geräthen zum Schutz des menschlichen Lebens zu versorgen, Erfinder solcher anzuspornen, überall Abtheilungen von Rettungs- und Feuerwehrmannschaften ins Leben zu rufen, Hülfsposten und Verbandstationen aller Art zu errichten, den Behörden Verhütungsmaassregeln gegen Unfälle anzugeben, Hülfsgesellschaften auf Gegenseitigkeit zu begründen und Unfallverletzten und ihren Familien beizustehen. In einem besonderen Büchlein hat die Gesellschaft Maassregeln für Laien zur Hülfe bei Unfällen vor Ankunft des Arztes zusammengestellt und auch recht brauchbare Verbandkästen hier angegeben.

In Brüssel sind 11 Hülfsstationen zum Theil in den Polizeiämtern und in einzelnen öffentlichen Gebäuden eingerichtet, von welchen zwei in der Nähe des Wassers liegen, um in Ertrinkungsfällen Hülfe bereit zu stellen. Sie enthalten ein vollständiges Bett, welches gleichzeitig als Tragbahre dienen kann, eine Räder- und eine Tragbahre, einen Verbandkasten. Die beamteten und Stadtärzte werden zur Hülfsleistung herbeigerufen. Bis zu deren Ankunft versorgen die ausgebildeten Polizisten die Verunglückten.

In Antwerpen besteht eine „Dispensaire des établissements maritimes du Nord", in welcher ärztlicher Dienst zu bestimmten Zeiten stattfindet. In dringenden Fällen wird zu anderen Zeiten ein Arzt gerufen. Die diensthabenden Aerzte werden von der Stadt gewählt. Die Patienten erhalten unentgeltlich die erste Versorgung, indem sie für ihre Wohnung oder Krankenhaus transportfähig gemacht werden. Es kann ausnahmsweise ein Patient auch in den Räumen der Anstalt unter Aufsicht eines Wärters bleiben.

Auf den Eisenbahnen sind in Belgien ausgezeichnete Maassregeln für Unglücksfälle vorgesehen.

### b) Bulgarien.

Bei plötzlichen Erkrankungen und Unglücksfällen auf der Strasse haben die Sicherheitsbeamten sofort die städtischen Aerzte zu benachrichtigen oder, falls diese nicht erreichbar, jeden anderen Arzt, welcher verflichtet ist, sich an die Unfallstelle zu begeben und Nothhülfe zu leisten (Artikel 86, 87, 88 des Sanitätsgesetzes). In Dörfern haben die Maires bei Mangel von Polizisten einen Arzt oder Bader (Feldscheer) herbeizurufen. In den Städten und im Innern des Landes wird die erste Hülfe entweder von Aerzten oder Badern geleistet, welche von den betreffenden Behörden gerufen werden. Die Eisenbahnen haben ihre besonderen Aerzte oder Bader, welche diesen Dienst zu versehen haben. In ihrer Behinderung haben die Staats- oder städtischen Aerzte Hülfe zu leisten oder, falls diese nicht erreichbar, andere Aerzte auf Erfordern der zuständigen Behörde. In gleicher Weise werden bei Unfällen in Bergwerken

die betreffenden Aerzte gerufen. Am Ufer von Flüssen und des Meeres haben die Staatsärzte beziehungsweise die vorher genannten Hülfe zu leisten.

### c) Dänemark.

Die in Kopenhagen vorhandenen Einrichtungen für den Rettungsdienst sind bereits im Krankentransportwesen dargelegt. Die Stadt wird auch unter denjenigen erwähnt, in welchen die Einrichtungen der Hamburgischen Rettungsanstalten zu Ende des achtzehnten Jahrhunderts vorgesehen wurden.

### d) Frankreich.

In Bordeaux wurde die erste Wache der „Société des Ambulances urbaines" am 15. November 1890 eröffnet. Die Gesellschaft bezweckt:

„1. Unentgeltlich so schnell als möglich Personen, welche auf der Strasse oder in Fabriken etc. verunglücken, ferner ertrinken oder ersticken oder auf der Strasse plötzlich erkranken, die erste Hülfe zu leisten.

Für diesen Zweck werden Rettungswachen mit ausgebildetem Personal für Tag- und Nachtdienst und mit allem erforderlichen Material und Medicamenten an verschiedenen Stellen von Bordeaux errichtet.

2. Unentgeltlich nach der Wohnung oder nach dem Krankenhaus Verletzte und Kranke, welche erste Versorgung in den Rettungswachen erhalten haben und nicht gehen können, zu befördern.

3. Soviel als möglich unter Laien zweckentsprechende Kenntnisse in der ersten Hülfe für Verunglückte und plötzlich Erkrankte zu verbreiten.

Zur Erreichung dieses Zweckes richtet die Gesellschaft in jedem Jahr eine bestimmte Zahl von Cursen mit practischen Uebungen ein.

4. In den von Hospitälern am entferntesten gelegenen Rettungswachen Dispensarien zur unentgeltlichen Behandlung unbemittelter Kranker zu schaffen".

„Im Falle eines Krieges, bei Epidemien, bedeutenden Feuersbrünsten oder öffentlichen Nothständen stellt sich die Gesellschaft zur Verfügung der betreffenden Behörden."

In den Rettungswachen wurden bis Ende des Jahres 1897 34408 Verletzte versorgt, in der „Dispensaire Bacalan" 21 548 Arme unentgeltlich behandelt, im Ganzen also 55956 Personen oder jährlich durchschnittlich 6500 Patienten.

Die zweite Wache wurde am 15. October 1891, und bald darauf eine dritte Wache eröffnet. 22 Hülfsstellen wurden in den hauptsächlichsten Polizeiämtern und an zwei anderen Stellen, ausgestattet mit Verbandkasten und Trage, errichtet und durch ein Schild bezeichnet. Die Beamten sind in der ersten Hülfe ausgebildet. Die Wachen sind durch Fernsprecher unter einander und mit den anderen Rettungswachen durch das Hauptpolizeiamt verbunden. In 24 Apotheken, welche durch besondere Schilder kenntlich gemacht sind, wurden Tragbahren untergebracht. Die Gesellschaft errichtete auch fliegende Wachen. Ferner wurden Unterrichtscurse an die Feuerwehr, Zollbeamte, geistlichen Schüler ertheilt. In einer Wache wurden poliklinische Sprech-

stunden für kranke Kinder, Augenkranke durch eigene Specialisten abgehalten.

Auf die einzelnen Jahre vertheilen sich die behandelten Fälle wie folgt: Es wurden

| | behandelt arme Kranke in der Dispensaire Bacalan: | auf den Rettungswachen etc. versorgt: |
|---|---|---|
| 1891 | 585 Hülfesuchende | 1286 Hülfesuchende |
| 1892 | 1361 „ | 3615 „ |
| 1893 | 3161 „ | 4395 „ |
| 1894 | 4765 „ | 4971 „ |
| 1895 | 5047 „ | 6858 „ |
| 1896 | 3515 „ | 6863 „ |
| 1897 | 3114 „ | 6420 „ |

Die Entwicklung der Stations d'ambulance in Paris ist zum Theil im Aufsatz Krankentransport geschildert. Nach der 1772 erfolgten Errichtung der Rettungsstationen in Paris durch Pia wurden diese bald über ganz Frankreich verbreitet, sodass 1782 bereits 223 Rettungskästen vertheilt, und 1790 130 Ortschaften mit diesen versehen waren. 1806 zur Zeit der Einsetzung des Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine wurde die Einrichtung der Stationen geregelt, und die Dienstanweisungen 1808, 1815, 1835, 1842, 1850, 1872, 1891 erneuert. Die erste Hülfe für Verunglückte wurde 1850 organisirt.

Voisin schlug bereits 1864 vor, an geeigneten Stellen Rettungswachen mit geschulten Wärtern und Material auszurüsten, die bis zur Ankunft des Arztes Hülfe leisten sollten. Die Aerzte sollten nach einer Liste telegraphisch herbeigerufen werden. Dieser Vorschlag wurde 1879 erneuert.

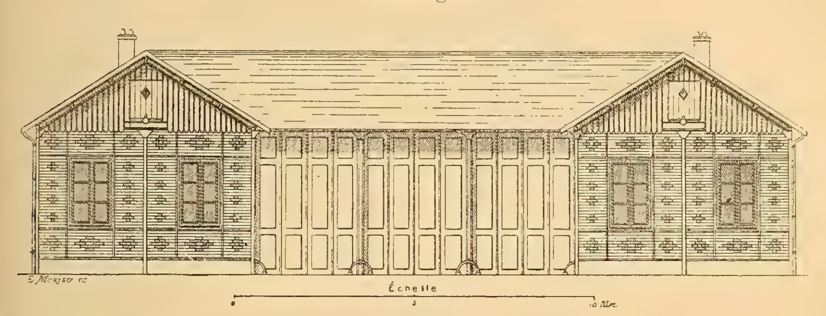
Bemerkenswerth ist, dass Terrier vor vielen Jahren in einer Eröffnungsvorlesung auf die Nothwendigkeit der Errichtung von Rettungswachen in den Krankenhäusern hinwies. Die hierfür von ihm angeführten Gründe entsprechen vollkommen den heute gültigen.

Nebenstehend (S. 709) die Abbildung der Station d'Ambulances urbaines im Hôspital St. Louis.

Diese wurde 1869 begründet und 1887 neu hergestellt. Die erste Einrichtung war sehr primitiv. Das Gebäude besteht jetzt aus Stein und Eisen und hat in der Mitte eine Remise für 3 Krankenwagen, an deren jeder Seite ein Stall für je 2 Pferde sich befindet. An einer Seite liegt das Fernsprechzimmer und der Wachtsaal für die diensthabenden Mediciner, auf der anderen befindet sich der Wachtsaal der Kutscher und ihre Küche. Ganz ähnlich ist der betreffende Theil der Station mixte, Rue Coulaincourt, deren Abbildung sich auf Seite 472 findet. Das Bureau ist mit einer Zahl von Meldestellen in der Stadt verbunden, auch die Apotheken sind in den Rettungsdienst hineinbezogen. Ihr Nachtdienst wurde 1897 in 11 837 Fällen benutzt. Ausser diesen beiden Stationen ist eine Station d'ambulances urbaines am Markt St. Honoré. Diese besitzt 2 Wagen und 3 Pferde. Für den Wachtdienst

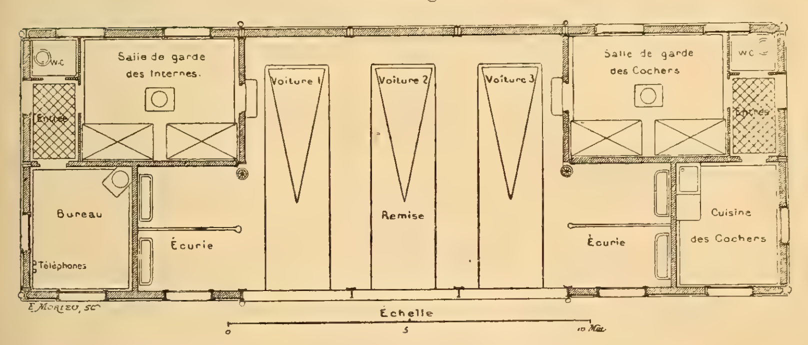
sind stets 2 Aerzte anwesend. Im Ganzen sind in den Stations urbaines je 6 Aerzte vorhanden, die je 12stündigen Dienst, dann 24 Stunden Pause haben. Die städtischen Ambulancen hatten 1897 22 132 Fälle. Die Beförderung der Verletzten findet stets unter Begleitung eines Wachthabenden statt, welcher im Hospital, wenn der Transport nach dort statthat, den Verunglückten mit der Diagnose dem diensthabenden Hospitalarzt übergiebt. Die diensthabenden Aerzte sind von der Stadt fest angestellt

Abbildung 10.




Station d'Ambulances urbaines im Hôspital St. Louis.
Ganzansicht.

Abbildung 11.




Station d'Ambulances urbaines im Hôspital St. Louis.
Grundriss.

und haben genau abgefasste Instructionen. Die Patienten sind stets in das nächste Hospital zu bringen. Die Zahl der in der Station St. Louis behandelten Fälle betrug in den einzelnen Jahren

| 1888 | 1889 | 1890 | 1891 | 1892 | 1893 | 1894 | 1895 | 1896 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 648 | 1980 | 2112 | 2089 | 1896 | 2144 | 2076 | 2115 | 2238. |

Die Kutscher in den Stations urbaines haben andere Anzüge wie die in den Stations municipales. In der Station Coulaincourt sind die Thüren der Wagenremisen wie bei der Feuerwehr in einzelnen Städten

eingerichtet: sie können durch Zug an einem Griffe alle auf einmal geöffnet werden, so dass die Wagen schnell herausfahren können.

Eine vierte Station soll demnächst errichtet werden.

Die Zahl der Unfälle war in den einzelnen Jahren nach der Zusammenstellung der Polizeipräfectur eine bedeutend höhere und betrug allein im Jahre 1895 5309. Grunberg giebt die Zahl von Kranken oder Verletzten, welche man im Jahre mit zwei Wachthabenden, zwei Kutschern, zwei Wagen und zwei Pferden versorgen und befördern kann, auf 2000 an. Bemerkenswerth ist, dass eine so bedeutende Stadt wie Paris mit vier Rettungsstationen ausreichend versorgt werden kann. Allerdings bestehen noch auf den Polizeiwachen kleinere Hülfsstationen, welche sämmtlich mit Verbandkästen, sowie Tragbahren ausgestattet sind. Die Centralpolizeiämter haben Räderbahren.

Die seit dem 18. Jahrhundert längs der Seine vorhandenen Rettungsstationen, 16 „Pavillons de secours pour noyés," sind mit je einem Polizeibeamten (Gardien de la paix) besetzt. Sie enthalten ausser der kupfernen Wärmebank, welche durch heisses Wasser erwärmt wird, eine Bettstelle, Sauerstoff, sonstige Geräthschaften in einem Schrank, Rettungsring, Tragbahre. Das Wasser für die Wärmebank kann durch Gasheizung in sehr kurzer Zeit erhitzt werden. Durch die Heizungsanlage des Gebäudes können gleichzeitig die Kleider der Ertrunkenen getrocknet werden.

Ein besonderer Telegraph verbindet jede Wache mit der betreffenden Polizeiwache, so dass sogleich ein Arzt, der sich zur Hülfsbereitschaft erklärt und eingetragen ist, herbeigerufen werden kann. Ausser bei Ertrunkenen wird Hülfe für Erstickte, Erfrorene, vom Blitz Getroffene geleistet. Bis 1895 traten die Anstalten 5787 mal in Thätigkeit, 1895 in 429 Fällen.

Die gesammten polizeilichen Rettungsstationen leisteten 1897 in 2301 Fällen Hülfe.

Während der Weltausstellung waren 4 Postes médicaux auf dem Ausstellungsgelände errichtet. Sie enthielten einen Operationssaal, Raum für Verbandstoffe und eine sehr reichhaltige Ausrüstung. Der Ausstellung wegen hatte man auch Amputationsmesser unter die chirurgischen Werkzeuge aufgenommen, eine für die erste Hülfe etwas weitgehende Sorge. Monatlich wurden auf jeder Station etwa 200 Fälle behandelt, hauptächlich Personen, die von der Einwirkung der ungeheuren Hitze gelitten. Jede Wache hatte einen Stadtfernsprechapparat und einen directen Anschluss zur Centralverwaltung, Stallung für Pferde, Wagenremise.

Einen besonderen Rettungsdienst hat Ramonat in den Bois de Boulogne eingerichtet. Es sind zahlreiche Postes de secours meistens in besonderen Räumen der Restaurants vorhanden, welche jetzt nur Concession erhalten, wenn sie die Aufnahme der Rettungswache gestatten. Sie sind äusserlich durch ein Schild mit Genfer Kreuz kenntlich gemacht. Jede Wache enthält einen Verbandkasten, welcher ähnlich wie die Leierkästen auf einem vierrädrigen kleinen Wagen steht. So kann der Verbandkasten an jede beliebige Stelle des Parks geführt werden.

Die Vorderwand des Kastens ist zum Herunterklappen eingerichtet und dient mit Glasplatte belegt gleichzeitig als Tisch, welcher auf einem sonst in den Wagen eingeschoben Rahmen aufgelegt werden kann. An der Stirnseite des Wagens ist ein Wasserkasten, welcher von aussen zu öffnen ist, so dass sich der Helfer, bevor er den Verunglückten anfasst, die Hände waschen kann. Die Trage ist das Französische Heeresmodell zum Zusammenrollen. Die beständig im Park patrouillirenden Wächter haben grosse Taschen, in welchen auch Verbandgeräthe untergebracht sind. Sie sind in der ersten Hülfe ausgebildet und haben in ihrer Hauptniederlage Vorräthe von Verbandkästen und allem sonstigen erforderlichen Material.

Noch ist der 1876 durch Passant eingerichtete ärztliche Nachtdienst zu erwähnen. Es hatte sich zu diesem Behufe eine grössere Zahl von Aerzten zur Verfügung gestellt, welche während der Nacht einem an sie ergehenden Rufe sofort Folge zu leisten sich verpflichteten. Auch eine Anzahl von Hebammen war verfügbar. Name und Wohnung der betreffenden Aerzte und Hebammen wurde auf der Polizeiwache eingetragen. Im Bedarfsfalle begiebt sich der Besteller zur Wache, wählt sich aus der Liste einen Arzt aus und wird vom Polizisten zur Wohnung dieses begleitet. Der Polizist bringt den Arzt mit zur Wohnung des Kranken und übergiebt ihm einen Gutschein für 10, bei Entbindungen von 20 Frcs., welche von der Polizeicasse an den Arzt gezahlt werden, welche die Kosten, falls dies möglich, vom Patienten einzieht. Eine grosse Zahl von Städten in Frankreich und in anderen Ländern haben diese Anordnung nachgeahmt: Lille, Lyon, Marseille, Alger, Saint-Etienne, Petersburg, Moskau, Odessa, Warschau, Triest, Mailand, Turin, Rom, Lissabon.

Die Inanspruchnahme des Dienstes zeigt sich aus folgenden Zahlen: Es waren in Paris eingeschrieben:

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1882 | 658 | Aerzte und | 185 | Hebammen, | Leistungen | 6893 |
| 1883 | 687 | „ „ | 239 | „ | „ | 6896 |
| 1884 | 739 | „ „ | 308 | „ | „ | 8712 |
| 1885 | 608 | „ „ | 356 | „ | „ | 7494 |
| 1886 | 572 | „ „ | 374 | „ | „ | 7553 |
| 1887 | 531 | „ „ | 398 | „ | „ | 7168 |
| 1888 | 506 | „ „ | 428 | „ | „ | 7408 |
| 1889 | 519 | „ „ | 474 | „ | „ | 8544 |
| 1890 | 520 | „ „ | 505 | „ | „ | 9094 |
| 1891 | 425 | „ „ | 439 | „ | „ | — |

Die Anzahl der Aerzte hat also ab-, die der Hebammen zugenommmnn, vermehrt hat sich die Zahl der Leistungen erheblich, denn sie betrug 1876: 3616, 1877: 3312, 1878: 3571, 1879: 5292, 1880: 6346, 1881: 6522. Von 1882 ab siehe Tafel.

Da sich bei dieser Art der Einrichtung des Nachtdienstes manche Unzuträglichkeiten herausstellten, indem einzelne Aerzte sehr häufig, andere gar nicht gerufen wurden, werden die betreffenden Aerzte jetzt der Reihe

nach bereits am Tage vom Polizeibureau benachrichtigt, dass sie in der folgenden Nacht Dienstbereitschaft haben. 1897 betrug die Inanspruchnahme 11 837 Fälle.

Mit diesem Nachtdienst beabsichtigte Graf Serrurier einen weiteren zu vereinigen, um eine vollständige Organisation des Rettungsdienstes zu schaffen. Die Französische Gesellschaft „Société francaise de secours aux blessés“ sollte an allen öffentlichen Plätzen, in Theatern, Kirchen, Märkten, Apotheken, Gasthäusern Tragbahren aufstellen, deren Standort zugleich mit dem Namen der hülfsbereiten Aerzte jeder Polizist in seinem Taschenbuch verzeichnet haben sollte. Der Tod des Grafen Serrurier vereitelte die Verwirklichung dieses Planes.

Ein noch zu erwähnender Vorschlag von Louis Gallet besteht darin, die Stadt Paris in verschiedene Abtheilungen, deren Grenzen nach der Entfernung der Krankenhäuser zu bestimmen sind, zu zerlegen. In solchen Bezirken, in denen keine öffentlichen Krankenhäuser vorhanden, wären je nach ihrer Ausdehnung kleinere Spitäler (Maisons de prompt secours) mit einer Bettenzahl für 10, 20, 50 oder 100 Kranke zu errichten, um von diesen aus bei Unglücksfällen Hülfe leisten zu können.

Zur Meldung von Unfällen sollen jetzt in Paris eigene Melder von einer Privatgesellschaft aufgestellt werden, welche an ihrer Spitze eine Laterne enthalten. Der Schaft der Laterne ist durch einen Schlüssel zu öffnen, nachdem eine kleine Scheibe eingeschlagen ist. Mit der Oeffnung wird eine Glocke zum Tönen gebracht. Im Innern der Säule ist eine zusammengelegte Trage untergebracht, an der Innenwand der Thür ein Verbandkasten und über diesem der Fernsprecher zur Rettungswache vorgesehen. Aehnliche Melder von der Gestalt der Anschlagsäulen, in welche man zur Meldung des Unfalles hineingehen muss, sind bereits an anderen Orten (S. 633) vorhanden.

In Nantes besorgt die Feuerwehr die erste Hülfe bei Unglücksfällen, 3 Feuerwehrmänner haben in der Hauptwache Dienst und einen bespannten Krankenwagen zum gleichzeitigen Transport von 3 Kranken, 2 Räderbahren und die erforderlichen Verbandgegenstände zu ihrer Verfügung. Auf Anruf durch Fernsprecher begeben sich die Mannschaften an die gewünschte Stelle und bringen den Patienten nach der ersten Versorgung in seine Wohnung oder ins Krankenhaus. Die 5 Feuerwachen sind mit Tragbahren und Medicamenten für erste Hülfe ausgerüstet. Die Polizeibeamten haben die Pflicht, sobald sie Kenntniss von einem Unglücksfall erlangt haben, zur Hülfe zu eilen. Ertrunkene werden in eigenem Beförderungsmittel nach dem Schauhause gebracht. Durchschnittlich leisten die Hülfsstationen jährlich in 400 Fällen Hülfe. Für die Leistung der ersten Hülfe seitens der Feuerwehrmänner sind besondere Anweisungen vorhanden.

Ausserdem beschäftigen sich zahlreiche Vereinigungen mit der ersten Hülfe Verunglückter. Für Paris selbst kommen in Frage die Société des sauveteurs du dernier Adieu, les Secouristes Français, la Société

française de sauvetage, la Société de secours de l'Union velocipédique de France etc. Sehr zahlreich sind in Frankreich Gesellschaften für erste Hülfe, deren Mitglieder uniformirt sind und zum Theil zum Französischen Rothen Kreuz gehören. Eine der letzteren, die Société des Sauveteurs-Ambulanciers du Haut-Rhin, bezweckt nach ihren Satzungen:

1. ein Personal zu beschaffen, welche im Stande ist, Verletzten und Kranken die erste Versorgung vor Ankunft des Arztes zu gewähren; 2. Hülfsstationen in den Gemeinden des Bezirks zu errichten, besonders in denjenigen, welche keine Apotheke haben; 3. fliegende Wachen bei öffentlichen Festen und bei Epidemien herzustellen; 4. ein ständiges Corps von Krankenträgern für den Kriegsfall sicherzustellen; 5. die Grundzüge der Gesundheitspflege für das gewöhnliche Leben, bei Verletzungen und Krankheiten zu geben.

Die Gesellschaft hat eine grosse Reihe von Hülfsstationen in ihrem Landbezirke errichtet. Sobald der Vorsitzende Kunde von einem Unfall erhält, benachrichtigt er die Aerzte der Gesellschaft, und sorgt, dass das erforderliche Material, Wagen, Verbandmittel u. s. w., an die Stelle abgeht. Sehr ausgiebig beschäftigt sich die Gesellschaft mit der Rettung Ertrunkener, welche überhaupt bei den meisten derartigen Vereinigungen im Vordergrund des Interesses steht. Die Société des Hospitaliers-Sauveteurs Bretons in Rennes, welche 1873 gegründet wurde, hat in ihren Satzungen ausdrücklich als Zweck neben dem anderen Rettungswerk auch die Errichtung und Unterhaltung von Hülfs- und Rettungsstationen an der Meeresküste und im Landesinnern, am Ufer von Flüssen, Wasserläufen, Canälen etc. vorgesehen.

Auf den Eisenbahnen sind in Frankreich vortreffliche Einrichtungen für die erste Hülfe bei Verunglückungen vorbereitet. Die Chemins de Fer de Paris à Lyon et à la Mediterranée haben sehr sorgfältig ausgearbeitete Dienstanweisungen für ihre Angestellten für solche Fälle erlassen. Sie beginnt mit den Worten: „Appeler immédiatement le Médecin". Hülfskästen sind auf den Stationen eingestellt, während Verbandkästen in jedem Zuge, welcher Reisende befördert, mitgeführt werden. Rettungswachen enthalten alles für den ersten Verband Erforderliche, Krankentragen sind auf den bedeutenderen Stationen eingestellt. Die Verbandkästen auf den Stationen sind mit Blechüberzug, die in den Zügen mit Leder versehen. Auf jedem Kasten findet sich die Aufschrift: „Kein geöffnetes Packet darf wieder benutzt werden".

### e) Griechenland.

Unter Protection der Prinzessin Marie von Griechenland besteht seit kurzer Zeit ein Verband für erste Hülfe. Ferner hat die Polizei die Aufgabe, Verwundete und Kranke zu transportiren. Auf jedem grösseren Bahnhofe sind die nothwendigsten Verband- und Transportmittel unter Oberaufsicht der Eisenbahnleitung vorgesehen. An der Meeresküste sind Rettungseinrichtungen in Phaleron, Piraeus, Corfu und Patras.

### f) Grossbritannien.

Wie bereits erwähnt, hat seit 1877 besonders die St. John's Ambulance Association in London und ganz England und den Colonien die erste Hülfe organisirt. In London wirkt ausserdem die Hospital's Association Ambulance und das Volunteer Medical Staff Corps. Die gesammten Einrichtungen und Thätigkeit dieser Körperschaften habe ich ausführlich in meiner oben erwähnten Arbeit mit Abbildungen geschildert und verweise hier auf diese.

Die St. John's Ambulance Association hat nur drei Stationen in London. Es ist erstaunlich, dass die Riesenstadt mit ihrem Verkehr und industriellen Betrieben mit so geringen Vorkehrungen für das Rettungswesen auskommt. Es hat dies allerdings zwei Gründe. Der von der Gesellschaft ausgeübte Samariterdienst ist centralisirt und steht unter streng ärztlicher Aufsicht. Ferner sind die meisten der zahlreichen Hospitäler jederzeit zur Versorgung von Verunglückten geöffnet.

Die Gesellschaft ertheilt Unterricht an die Beamten der Polizei, Feuerwehr, Eisenbahn, an Arbeiter in Fabriken etc. Wie nothwendig dies besonders für Beamte der Eisenbahn ist, ergiebt sich daraus, dass im Jahre 1899 auf den Englischen Bahnen 1234 Personen getödtet und 19 155 verletzt wurden.

Die Hauptstation in London besorgte im Jahre 1900 933 Krankentransporte. Die Wache in St. Paul's Cathedral hatte 302 Fälle, 2898 seit ihrem Bestehen, und die Wache in St. Clements' Danes 269 und 749 seit ihrer Eröffnung.

Seit Begründung der Gesellschaft wurden im Ganzen 502 600 Diplome an Theilnehmer des Unterrichtes in erster Hülfe ausgestellt.

Gewaltig war der Verkauf von Material seitens der Centralstation, welcher nach allen Gegenden der Welt stattfindet. Es waren im letzten Jahre 8 Krankenwagen, 50 Räderbahren, 641 andere Tragen u. s. w.

Im Jahre 1891 wurde die Life Saving Society in London begründet, mit dem Zwecke: technische Vorbildung in der Lebensrettung und Wiederbelebung Scheintodter zu verbreiten, die öffentliche Meinung zu Gunsten der allgemeinen Aufnahme von Uebungen im Schwimmen und Lebensrettung als Unterrichtsgegenstand in Schulen, Universitäten etc. anzuregen, zum Schwimmen, Tauchen, Wasserspringen und ähnlichen Schwimmkünsten, welche für Rettungsversuche geeignet sind, anzuspornen, öffentliche Vorlesungen, Vorführungen und Wettbewerbe einzurichten und Lehrklassen zu bilden, um die Kenntniss der Schwimmkunst zu verbreiten. Auch diese Gesellschaft verleiht wie die anderen Abzeichen und Preise für gelungene Lebensrettungen, und besonders auch noch Preise für vorzügliche Leistungen im Schwimmen. Sie besitzt in verschiedenen Theilen des vereinigten Königreichs Zweigvereine.

In Liverpool bestehen in sechs Polizeistationen Rettungswachen, welche mit Pferden bespannte Wagen haben. Die Zahl der Ausfahrten dieser betrug 2056, von den Polizeimannschaften wurde in 671 Fällen

erste Hülfe geleistet. Die Ausbildung der Polizisten wird von der St. John's Ambulance Association besorgt.

In den Colonien sind die bereits erwähnten Gesellschaften, d. h. die St. John's Ambulance Association und die Royal Humane Society, gleichfalls mit grossem Erfolge thätig.

### g) Italien.

In Mailand und Turin sind Gesellschaften für die erste Behandlung Verunglückter vorhanden. Die „Associazione per l'assistenza medica negli infortuni del lavoro" hat in Mailand und Umgebung einen Rettungsdienst für Verunglückte organisirt. Im Jahre 1897 errichtete diese Gesellschaft eine medicinische Anstalt mit einem ständigen ärztlichen Rettungsdienst mit einander abwechselnden Aerzten. Diese leisten in der Rettungswache und der Wohnung des Kranken Hülfe. Die Leitung untersteht einem Arzte. Für Kranke, welche sich auf der Station erholen müssen, ist Raum vorgesehen, ferner sind Krankenbeförderungsmittel bereitgestellt. Mindestens sieben Aerzte, einschliesslich des Leiters, haben am Tage zweistündlichen Dujourdienst, Nachts in jeder Nacht je ein Arzt, ferner zwei Heilgehülfen. Es müssen zum mindesten fünf Räumlichkeiten für den Dienst vorhanden sein. Im September 1899 wurde eine zweite Wache eingerichtet, und wurden dann besondere Vorkehrungen für den Rettungsdienst in der Umgebung Mailands getroffen. Die „Infermeria d'urgenza e locale d'ambulanza" sind ganz vortrefflich ausgerüstet, besonders auch mit Einrichtungen für die Behandlung der Unfallverletzten, welche durch das Gesetz vom 17. März 1898 in ähnlicher Weise wie in Deutschland geordnet ist.

Eine sehr ausgedehnte Thätigkeit entwickelt das Grüne Kreuz in Lucca und auch in anderen Städten Italiens. Zu seiner Thätigkeit gehört auch der Transport Erkrankter, die erste Hülfe bei Verunglückten, Hülfe bei Epidemien und öffentlichen Nothständen. Nachtherbergen für Obdachlose und ein Ambulatorium sind vorhanden.

Ferner besorgt auch die „Misericordia"-Gesellschaft der barmherzigen Brüder, welche religiöse Zwecke verfolgt, einen Theil der Hülfe, indem die Brüder bei Unglücksfällen die Kranken pflegen oder sie mit Tragen ins Krankenhaus überführen.

### h) Oesterreich-Ungarn.

In einer grossen Zahl von Städten sind freiwillige Rettungsgesellschaften nach dem Muster der Wiener Gesellschaft errichtet worden.

In Wien bestanden 1803 die bereits vorher (S. 558) erwähnten Rettungsanstalten. Im Jahre 1868 wurde der erste Wiener Lebensrettungsverein gegründet, welcher folgende Satzungen hatte.

§ 1. Der Zweck des Vereines ist die Rettung der plötzlich und augenscheinlich in Lebensgefahr gerathenen Menschen, also Wiederbelebung der scheintodten oder durch irgend einen Anlass in bewusstlosen Zustand verfallenen Personen; Beistandleistung für diejenigen, welche durch einen Unglücksfall in einen hilflosen Zustand ge-

rathen sind; Sammlung und Bekanntmachung der erprobtesten und wirksamsten Mittel zur Rettung der in Lebensgefahr gekommenen Personen; Vorschläge zur Errichtung entsprechender Anstalten für die Zwecke des Vereins; Belohnung derjenigen Personen, welche in vorkommenden Fällen dem Vereine hilfreich beistehen. Auf die Verminderung der Gesundheitsschädlichkeit mancher Gewerbe und industriellen Unternehmungen, sowie auf Verminderung der Selbstmorde wird der Verein ebenfalls sein Augenmerk richten. Mit dem Einschreiten der behördlichen Personen und der ärztlichen Intervention, wo es sich um Rettung von Menschenleben handelt, hört die Wirksamkeit der Vereinsmitglieder auf.

§ 2. Mittel zur Erreichung der Vereinszwecke sind:

a) periodische Versammlungen;
b) Ertheilung von Unterricht über zweckmässige Hülfeleistung bei Rettung von Menschenleben;
c) Errichtung von Rettungsanstalten und Rettungsplätzen in Wien und in den Vororten von Wien;
d) Gründung von Filialen in Niederösterreich, welche jedoch mit dem in Wien verbleibenden Hauptvereine in beständiger Wechselwirkung verbleiben.

§ 18. Das Präsidium wird dem Retter oder den Rettern von Menschenleben, wenn diese keine Vereinsmitglieder sind, Belohnungen ertheilen, und zwar nach Maassgabe der Verdienstlichkeit und der etwaigen Gefahr, welcher sich die rettenden Personen exponirten. Diese Belohnungen sollen in silbernen und Bronzemedaillen, in schriftlichen Anerkennungen oder in Remunerationen bestehen. Die Medaillen werden mit entsprechenden Emblemen und Inschriften ausgestattet und mit dem Namen des Retters versehen. Auch Vereinsmitglieder können mit Rücksicht auf die Verdienstlichkeit ihres Wirkens Belohnungen vom Verein erhalten, wenn sie solche ansprechen.

Der Verein hatte auch an den Flussläufen Rettungsboote und andere Geräthschaften zur Rettung Ertrunkener aufgestellt, stellte aber 1880 seine Thätigkeit wieder ein. Das Vereinsvermögen wurde behördlicherseits der Wiener freiwilligen Gesellschaft überwiesen.

Nach dem Sanitätsgesetz vom 30. April 1876 wird der öffentliche Rettungsdienst von den k. k. Sicherheitswachen und der freiwilligen Rettungsgesellschaft besorgt. Von den Polizeiwachen wird in zahlreichen Fällen Hülfe geleistet, und zwar

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1881 in | 2531 Fällen | | 1884 in | 2618 Fällen | |
| 1882 „ | 2345 „ | | 1885 „ | 2736 „ | |
| 1883 „ | 2917 „ | | 1886 „ | 3052 „ | |

1887—1890 in 11 323 Fällen.

Diese Rettungsanstalten sind mit Verbandkästen, Tragbahren versehen.

Die Wiener freiwillige Rettungsgesellschaft wurde am 9. December 1881, einen Tag nach dem Ringtheaterbrande, vom Grafen Wilczek, Baron v. Mundy und Graf Lamezan begründet. Die Gesellschaft hatte bis zum 31. December 1901

| | |
|---|---|
| Vorfallenheiten bei Tag und Nacht . . | 107 583 |
| Krankentransporte . . . . . . . . | 75 891 |
| Rufe durch die Polizeibehörde . . . | 38 309 |
| Rufe durch andere Behörden . . . . | 8 351 |
| Rufe durch Private . . . . . . . . | 53 339 |

Am 1. Mai 1883 wurde die erste Sanitätsstation der Gesellschaft Fleischmarkt 1 eröffnet. Da sich die Thätigkeit der Gesellschaft sehr ausdehnte, musste am 1. Mai 1885 in der Giselastrasse eine zweite Station eingerichtet werden. Da auch hier die Räume bald nicht ausreichten, wurde eine eigene grosse Station erbaut, in welche die Gesellschaft am 13. August 1889 einzog, und in welcher sie bis 1887 verblieb.

Das Statut der Gesellschaft vom Jahre 1897 ist gegen das oben S. 596 abgedruckte vervollständigt und ergänzt worden. Es erscheint aber wichtig hervorzuheben, dass in den Hauptzügen noch heute die 1883 herausgegebenen Satzungen in Gültigkeit sind, ein Beweis dafür, dass bereits damals Grundsätze bei der Gesellschaft vorhanden waren, welche noch jetzt aufrecht erhalten werden.

Seit dem 18. Juni 1897 hat die Gesellschaft ein neues Heim bezogen. Dieses ist so eingerichtet, dass wie auch früher stets bespannte Rettungswagen zur sofortigen Ausfahrt eines Arztes mit Sanitätsmännern und Verbandmaterial, sowie Kästen zur Behandlung von Vergifteten bereit stehen. Es sind mit dem Chefarzt und Leiter 14 Aerzte angestellt, von welchen stets 4 auf der Station im Dienste sind. Der Grundsatz der Gesellschaft ist, bei allen Arten von Erkrankungen oder von Verletzungen ausser- und innerhalb der Station, wo Gefahr im Verzug ist, den Patienten schnell transportfähig zu machen und weiterer ärztlicher Behandlung zuzuführen. „Die Sanitätsstation ist nur für die erste Hülfe bei plötzlichen Unglückfällen errichtet und eingerichtet worden. Ein Ambulatorium oder eine Poliklinik für Verletzte oder Kranke darf dort unter keiner Bedingung vorausgesetzt oder geduldet werden.“ Ferner werden Simulanten abgewiesen, und auch Betrunkene nur an- und aufgenommen, wenn sie frische Verletzungen haben oder sonst erkrankt sind. Der Hauptzweck der Wache ist, bei den in die Station Verbrachten, ferner bei Verunglückten auf den Strassen, in Fabriken, öffentlichen Gebäuden, Eisenbahnen Hülfe zu leisten. Hülfe bei Personen in deren Wohnungen wird nur ausnahmsweise, wenn Gefahr im Verzuge ist, gewährt. Die Ansuchenden sind stets an einen Arzt zu weisen, und ist ihnen hierzu behülflich zu sein. Die in den Krankenhäusern freien Betten werden täglich zweimal der Station gemeldet und auf einer Tafel aufgeschrieben. Vor der Ausfahrt hat sich der diensthuende Arzt zu unterrichten, wo Betten für den Fall verfügbar sind. Ferner werden Anfragen seitens des Publikums nach solchen sofort beantwortet. Die Hülfe der Gesellschaft erstreckt sich auf das Weichbild der Stadt, bei grösseren Unfällen und auf Wunsch der Behörden auch ausserhalb desselben.

Werden mehrere Unfälle gleichzeitig gemeldet, und muss der letzte diensthabende Arzt, also der Führer der Station, welcher die Ausfahrt der Aerzte sonst zu beaufsichtigen hat, sich zur Unfallstelle begeben, so hat er dem Chefarzt oder Secretair vor seiner Ausfahrt die Führung zu übergeben, welche die ausser Dienst befindlichen Aerzte einberufen und Bespannung weiterer Wagen veranlassen. Niemals darf die Station

ohne Arzt und bespannten Wagen sein. Die Abfahrt zur Unfallstelle geht mit der Schnelligkeit der Feuerwehr vor sich. Sämmtliche Dienstleistungen der Gesellschaft sind unentgeltlich, und allen Functionären ist strengstens untersagt, irgend welche Entlohnungen für Ausübung der Hülfe anzunehmen.

Der gesammte Dienstverkehr aller Beamten der Gesellschaft vollzieht sich in militärischer Form.

Bemerkenswerth ist die Einrichtung der Hospitanten. Es werden je 60 bei der Universität eingeschriebene Hörer der Medicin, welche mindestens zwei Semester Chirurgie gehört haben, bei der Gesellschaft für die Dauer je eines Jahres angenommen. Täglich haben vier, für die Nacht zwei Hospitanten Dienst. Sie tragen wie die Aerzte Kappe und Armbinde als Zeichen ihrer Zugehörigkeit zu Gesellschaft und sind während des Dienstes den Aerzten untergeordnet. Sie können unter Aufsicht der Aerzte arbeiten, dürfen aber niemals ohne Arzt zu einem Unfall ausfahren. Es begeben sich also zu jedem Unfall ein Arzt, ein Mediciner und zwei Sanitätsbeamte.

Vorhanden sind ausser den 14 Inspectionsärzten 12 Sanitätsdiener, 6 Kutscher, 19 Pferde für die Wagenbespannung, ferner 30 Rettungs- und Krankenwagen, 150 Tragbahren, 16 Tragsessel, 16 Sanitätskästen, 5 Gegengiftkästen, 7 Schienensäcke (in welchen die erforderlichen Schienen mitgeführt werden), 22 Sanitäts- und Verbandtaschen. Auf den Strassen sind mit einer Bedachung gegen die Unbilden der Witterung 29 Tragbahren aufgestellt. Ferner sind 3 bewegliche Baracken zur Verfügung, sowie seit letzter Zeit der erwähnte Eisenbahn-Sanitäts-Ambulanzwaggon. Zur Krankenversorgung zur Zeit von Epidemien sind 100 Tragbetten, 100 Matratzen, 100 Kopfpolster vorgesehen, ferner 52 Gestelle auf den Bahnhöfen von Wien.

Die Gesellschaft hat drei Küchenwagen, die mit Kochkesseln versehen zur Speisung grösserer Menschenmengen bei grossen Katastrophen (Ueberschwemmungen etc.) gebraucht werden, und dazu gehörigen Fourgeon.

Zur Beförderung Geisteskranker waren früher fahrbare Gummizellen in Coupéform vorhanden, die so auf den Wagenachsen aufgestellt waren, dass sie von hinten her bestiegen wurden. Ich habe stets gegen die auffallende Form der Wagen für diese Kranken Bedenken geäussert und freue mich festzustellen, dass jetzt diese Wagen nicht mehr benutzt werden.

Bis Ende 1895 erhielt die Gesellschaft von der Gemeinde Wien eine jährliche Unterstützung von 5000 Gulden, die seit 1896 in Fortfall gekommen ist. Ferner erhält sie Subvention von der Regierung und vom Niederösterreichischen Landtag.

Die vortrefflichen Dienstordnungen für alle Zweige des weit verbreiteten Dienstes sind besonders zu rühmen. Es bestehen Vorschriften zur Hülfsleistung bei Katastrophen, bei welchen die mit der Gesellschaft verbundenen freiwilligen 10 Feuerwehren mit 419 Mitgliedern, sowie die

zur freiwilligen Wasserwehr vereinigten 3 Rudersportvereine mit 163 Ruderern, ferner auch die Privat-Krankentransport-Unternehmungen herangezogen werden.

Bei Massenunfällen werden ferner auf ein bestimmtes Losungswort, welches mit der Telephongesellschaft verabredet ist, alle diese Veranstaltungen, sowie die 322 als Ehrenmitglieder der Gesellschaft angehörenden Aerzte herangezogen. Es ist hierfür ein besonderer Plan ausgearbeitet, nach welchem je nach dem Umfange des Unfalles die einzelnen Aerzte benachrichtigt werden.

Bei der Mobilisirung und im Kriege unterstützt die Gesellschaft die Militärsanitätspflege und hat bestimmte Normen betreffs ihrer Heranziehung zu Hülfsleistungen bei Eisenbahnunglücksfällen aufgestellt, nachdem sie ihre Wirksamkeit für diesen Zweck auf 300 km und mehr ausgedehnt hat.

Es möge hier bemerkt werden, dass bis zum Jahre 1894 der Sanitätsdienst von dujourirenden Medicinern höherer Semester abgehalten wurde, während seit dem 26. Juni 1894 der Dienst von Aerzten unter Mitwirkung der Hospitanten ausgeübt wird. Ein Dujourdienst von Aerzten hat, wie dies bisweilen von Nichtkennern behauptet wird, nie in Wien stattgefunden.

Von anderen Rettungseinrichtungen in Wien ist das 1887 begründete Wiener freiwillige Rettungscorps zu nennen, welches einen organisirten Rettungsdienst nicht hergestellt hat.

Auch das Rothe Kreuz hat seit dem vorigen Jahre in Wien-Neustadt einen Rettungsdienst eingerichtet, dessen Thätigkeit sich aus einer Veröffentlichung in einer „Extra-Ausgabe des Amtsblattes der k. k. Bezirkshauptmannschaft. Wiener Neustadt 1900. No. 25“ ergiebt.

Ferner ist zu erwähnen, dass in den Inspectionszimmern aller Theater ein Rettungskasten und eine Krankentrage vorhanden sein müssen. In den Badeanstalten ist ein Kasten mit zweckdienlichen Geräthen, im städtischen Bade während der Badezeit ein Arzt in Bereitschaft. Seit 1883 hat jeder Bauleiter bei jedem Neu- und grösseren Umbau für das Vorhandensein von Verbandmaterial, Belebungs- und Krankentransportmitteln zu sorgen. Der Erlass einer solchen Verordnung wäre auch in anderen Städten zu befürworten.

Seit 1897 ist eine eigene Samariterschule bei der Gesellschaft errichtet.

Nach dem Beispiel der Wiener Rettungsgesellschaft und auch zum Theil direct auf ihre Anregung und mit ihrer Beihülfe wurden an verschiedenen Orten der Oesterreichisch-Ungarischen Monarchie Rettungsgesellschaften errichtet, von welchen folgende zu nennen sind.

Am 14. Januar 1894 wurde in Abbazia eine „Freiwillige Rettungsgesellschaft“ begründet, welche bei Unglücksfällen, bei Feuers- und Wassergefahr in Thätigkeit treten soll. Die Satzungen sind mit denen von Wien mit den für den Ort nothwendigen Abänderungen ziemlich überein-

stimmend. „Es wird von Aerzten und Sanitätsmännern ein permanenter Bereitschaftsdienst gehalten“, für welchen Zweck Transportwagen, Tragbahren, Verband- und Arzneimittel vorgesehen sind.

Am 12. Januar 1895 wurde bei der I. freiwilligen Feuerwehr Badens die Gründung einer Rettungsabtheilung beantragt. Den ersten Sanitätslandauer erhielt die Abtheilung vom Grafen Wilczek zum Geschenk. Nach den Satzungen besteht die Rettungsgesellschaft „aus dem Leiter derselben, der nur ein graduirter Arzt sein kann, aus dem Abtheilungsführer, aus den Sanitätsmännern“. Der Rettungsabtheilung können nur active Mitglieder der Feuerwehr beitreten, die Ausbildung der Mannschaften im Rettungsdienst hat durch einen Arzt zu geschehen. Die Thätigkeit der Abtheilung erstreckt sich auf Hülfe bei Unglücksfällen, welche sich an öffentlichen Orten ereignen, und auf den Krankentransport, mit Ausnahme von ansteckenden Kranken. Für die Transporte sind die entstandenen Kosten zu ersetzen. Der Dienst wird bei Tag und Nacht von zwei Mitgliedern ausgeübt. Im Jahre 1895 fanden 32 Hülfsleistungen statt, ferner 43 Krankentransporte. 11 Unbemittelte wurden kostenlos befördert. 1896 betrugen die Zahlen 45 bezw. 94 und 14, 1897 36 bezw. 91, 1898 60 bezw. 91. Die Hülfe der Station wird unentgeltlich geleistet, Betrunkene werden abgewiesen.

Einen hervorragenden Antheil an der Organisation der ersten Hülfe in Oesterreich haben die freiwilligen Feuerwehren, welche zu einem Oesterreichischen Feuerwehr-Reichsverband vereinigt sind. Pflichtfeuerwehren sind in keinem Kronlande ausser in Galizien vorhanden. Die Zahl der unentgeltlich Hülfe leistenden Feuerwehren beträgt in ganz Oesterreich 9849 Feuerwehren mit 441 925 Mann. Jede Feuerwehr hat drei Abtheilungen, zwei eigentliche Feuerwehrzüge und einen Sanitätszug. Ausserdem erklärten sich alle Feuerwehren als Rettungsgesellschaften. Der Unterricht in der ersten Hülfe ist einheitlich organisirt. Für das Rothe Kreuz stellen die Feuerwehren für den Kriegsfall den örtlichen Krankentransport-Colonnendienst durch militärfreie Mannschaften.

Die „Rettungs-Abtheilung der freiwilligen Feuerwehr Bruck a. M. bezweckt Hülfeleistung bei Unglücksfällen in Bruck a. M. und Umgebung und Aufstellung einer freiwilligen Local-Transportcolonne im Kriegsfalle“. Die Abtheilung übernimmt gewöhnlich keine Krankentransporte — besonders nicht von ansteckenden Kranken —, sondern nur in Ausnahmefällen auf Anordnung des Kommandos in Uebereinstimmung mit dem Feuerwehrarzt. Der Dienst wird von Mannschaften der Abtheilung abwechselnd versehen. Unglücksfälle werden in der Polizeiwachtstube, beim Feuerwehrcommando, beim Feuerwehrarzt oder bei den Mitgliedern der Abtheilung gemeldet. Die Mitglieder werden hierauf durch Boten verständigt und begeben sich schnell zum Rettungswagen. Es wird Hülfe geleistet, und der Verletzte ins Hospital oder in seine Wohnung geschafft. „Ist kein Arzt am Platze, so ist bei schwereren Verletzungen oder Krankheiten für die ehethunlichste Herbeirufung eines Arztes zu sorgen.“

Die Station der „freiwilligen Rettungsabtheilung des Brünner Turn-

vereins“ wurde 1891 durch v. Mundy errichtet, nachdem bereits 1881 der erste ärztliche Lehrcursus in der ersten Hülfe stattgefunden, und 1884 die Errichtung einer Rettungsabtheilung beschlossen war. Ihre Thätigkeit betrug im Jahre 1900 3188 Vorfallenheiten mit 967 Ausfahrten. Auch wurden 6mal fliegende Wachen errichtet. Seit 1891 wurde bei 18487 Unfällen erste Hülfe geleistet, und wurden 6465 Transporte ausgeführt. Aus dem Berichte der Abtheilung geht hervor, dass die freiwillige Turnerfeuerwehr in Prossnitz eine Rettungsabtheilung errichtet hat, und dass ferner die Gründung einer Rettungsgesellschaft in Mähr.-Schönberg beabsichtigt wurde.

Eine freiwillige Rettungsgesellschaft mit ganz hervorragenden Leistungen besteht in Budapest. Sie wurde am 8. Mai 1887 errichtet und zwar zuerst klein beginnend. Wegen der Ausdehnung ihrer Thätigkeit genügten ihre Anfangs benutzten Räume bald nicht mehr, und am 1. August 1890 bezog die Gesellschaft ihr eigenes Heim. Die Baukosten wurden grösstentheils von der Stadtverwaltung getragen, wofür die Gesellschaft als Anerkennung des Eigenthumsrechtes einen Silbergulden jährlich Pacht zu zahlen hat. In dem Gebäude, welches alle erforderlichen Räume für erste Behandlung und Unterkunft von Verunglückten bietet, wird der Dienst von Studirenden der Medicin abgehalten, welche vor einer Commission eine Prüfung abzulegen haben. Ihr Dienst ist freiwillig und unentgeltlich. Zwölf rigorosirende Mediciner, von welchen vier täglich Dienst haben, sind in einem Theil der „Rettungskaserne“ untergebracht. Eine grosse Zahl von Rettungs- und Krankenwagen ist in der Centrale vorhanden. Ansteckende Kranke werden nicht befördert. Ein Wagen steht bespannt, stets zur sofortigen Ausfahrt bereit. Räderbahren, Tragen, Rüst- und Küchenwagen, Federsessel, Rettungs- und Verbandkästen sind vertreten. Zwei Aerzte führen die Aufsicht der Station. Es darf nur die erste Hülfe geleistet, keine Nachbehandlung ausgeführt werden. Betrunkene werden in einer besonderen Abtheilung der Station untergebracht. Für den Kriegsfall unterstützt die Gesellschaft die militärische Sanitätshülfe. Die Gesellschaft hat auch den Stromrettungsdienst organisirt und auf den Schifffahrtsstationen Rettungsstationen mit Rettungskahn, sonstigen Rettungsgeräthen, Verbandzeug eingerichtet. Das dort beschäftigte Personal ist in der ersten Hülfe ausgebildet. Ein besonderer Zeichendienst besteht von der Ketten- und Margarethenbrücke für Anmeldung eines Unglücksfalles auf dem Strom.

Seit 1889 hat die freiwillige Feuerwehr in Graz eine Rettungsabtheilung begründet, welche in Ausführung des in den Satzungen der Feuerwehr vorgesehenen Rettungsdienstes die erste Hülfe bei Unglücksfällen aller Art, mit Ausnahme des Transportes von Kranken und ansteckenden Kranken, besorgt. Jede Hülfsleistung der Abtheilung ist unentgeltlich. Die Abtheilung besteht aus den Feuerwehrärzten und „Rettungsmännern“, Mitgliedern der freiwilligen Feuerwehr, welche sich zu diesem Dienst freiwillig melden. Die Feuerwehrärzte bilden eine eigene Vereinigung mit dem Leiter an der Spitze, ferner sind Studirende

der Medicin am Dienst betheiligt. Als unterstützende Mitglieder können der Rettungsabtheilung auch andere practische Aerzte angehören, welche sich besonders bei grösseren Unglücksfällen zur Verfügung zu stellen haben, aber auch bei kleineren Unfällen herangezogen werden können. In der ersten Feuerwache findet zugleich im besonderen Wachtzimmer der Wachtdienst statt, welcher stets von einem Arzte (auf besondere Bestimmung auch von mehreren) besorgt wird. Der Dienstplan der Aerzte wird monatlich festgesetzt. Die Aerzte sind durch Ehrenwort verpflichtet, den Dienst pünktlich innezuhalten. Kein Arzt darf sich vom Dienst entfernen, bevor die Ablösung eingetroffen ist. Ausser dem Arzt sind Sanitätsmänner stets auf der Wache. Zur Hülfsleistung ausserhalb der Wache darf sich der Arzt nur im Rettungswagen begeben, mit Ausnahme von Fällen, welche in der Nähe der Wache sich ereignen, zu welchen er in Begleitung eines Sanitätsmannes eilt. Betrunkene, welche keine frische Verletzung haben oder nicht plötzlich erkrankt sind, werden nicht transportirt und nicht in der Wache aufgenommen. „Eine Operation oder Arzneianweisung ist nur praxisberechtigten Aerzten gestattet. Ferner haben sich alle jene Feuerwehrärzte, welche noch nicht praxisberechtigt sind, der Verabreichung scharf wirkender Arzneimittel und der Injectionen zu enthalten." In der Wache wird allen frisch Verletzten und plötzlich Erkrankten Hülfe geleistet. Zur Weiterbehandlung sind sie an einen Arzt oder in ein Krankenhaus zu weisen, weitere Behandlung oder „sogenannte Ambulanz darf in der Wache unter keiner Bedingung stattfinden". Die Mitglieder der Rettungsabtheilung haben jährlich Rettungsübungen.

An Material sind zur Verfügung drei Rettungswagen für je eine Trage, ein Rettungswagen für zwei Bahren, zwei Rettungswagen für vier Tragen, ein Vorrathswagen, Räderbahre. Im Jahre 1900 hatte die Rettungsabtheilung 2216 Hülfsleistungen. Die „Bespannung der freiwilligen Feuerwehr", welche die Bespannung für die Gesammtfeuerwehr und die Rettungswagen zu stellen hat, bezieht für diese Leistung seitens der Stadtgemeinde jährlich 14 200 Kronen, sowie miethsfreie Räume für Stallungen etc.

In Kolozsvár wurde eine freiwillige Rettungsgesellschaft am 7. November 1891 begründet. Sie eröffnete ihre Thätigkeit am 27 Januar 1892. Das Ziel der Gesellschaft ist, bei Unglücksfällen in der Stadt, deren Umgebung, bei Eisenbahnunfällen in ganz Siebenbürgen die erste ärztliche Hülfe zu leisten. Ferner übernimmt sie im Frieden und im Kriege Krankentransporte, entsendet fliegende Wachen zu Bränden, Festen, Volksversammlungen, Theater, Pferderennen. Zu diesem Zwecke ist die Gesellschaft mit Krankenwagen und Bespannung, Tragen und Verbandmitteln ausgerüstet. In der Stadt ist eine Centralstation mit Kutscher, Diener und drei Pferden vorhanden. Tag und Nacht sind Aerzte und Mediciner in Bereitschaft, und zwar von 7—1 Uhr Vormittags zwei Aerzte und von 1—7 Uhr Nachmittags noch drei Mediciner. Nachts sind zwei Aerzte und sechs Mediciner, welche in der Station wohnen, dienstbereit. Bei

telephonischer Meldung eines Unglücksfalles fährt ein Arzt oder Rigorosant mit zwei Medicinern zur Unfallstelle, leistet die erste Hülfe und bringt den Patienten wenn erforderlich in die Universitätsklinik. Kleinere dringende Operationen werden ausgeführt, weitere ambulante Behandlung wird nicht geleistet, sondern der Patient zum Hausarzt gesendet oder nach Hause befördert. Unbemittelte werden in die entsprechende Universitätsklinik geschickt, wo sie bleiben oder ambulant weiter behandelt werden. Der Dienst der Aerzte und Mediciner ist freiwillig. In der Centralstation wohnen ein Commandant (Arzt), ein Operationszögling (Arzt) und sechs Mediciner. Alle activen Mitglieder müssen einen Cursus bei Professor Joseph Brandt hören, welcher in jedem Sommer stattfindet, und einer Prüfung sich unterziehen. Die Mediciner werden nur im fünften Semester ihrer Studien aufgenommen. Für Feuerwehr-, Polizeibeamte, Eisenbahn-, Fabrikarbeiter werden Curse in der ersten Hülfe abgehalten. Die Stadt zahlt eine jährliche Beihülfe von 5200 Kronen, die Regierung 2000 Kronen. Die activen Mitglieder sind 37 Aerzte, 17 Rigorosanten, 50 Mediciner. 2 Rettungswagen, 8 Sanitätskästen, 4 Sanitätstaschen, 6 Tragbahren bilden das Rüstzeug.

Hülfsleistungen im Jahre:

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1892 | 1 097 | 1897 | 1 763 |
| 1893 | 1 707[1] | 1898 | 1 729 |
| 1894 | 1 373 | 1899 | 1 614 |
| 1895 | 1 605 | 1900 | 1 905 |
| 1896 | 1 350 | | |

Im Ganzen also 14 143 Fälle.

In Prag ist ein freiwilliges Rettungscorps seit dem Anfang des Jahres 1857 vorhanden. Es übt Thätigkeit bei Feuersbrünsten, Ueberschwemmungen und ähnlichen grösseren Unglücksfällen aus. Namentlich eine der letzteren war im Jahre 1890 die Veranlassung zur Begründung einer eigenen Rettungsstation, welche am 22. October 1890 eröffnet wurde. In dem gleichen Jahre wurden auch zehn Rettungsboote und Rettungsringe an verschiedenen Stellen der Moldau angebracht. Bei Errichtung der Rettungsstation wurde das Rettungscorps vom Stadtrath ausserordentlich unterstützt. Die Thätigkeit der Station war in den einzelnen Jahren folgende:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1890 | 346 | Fälle | 1894 | 5 598 | Fälle |
| 1891 | 2 275 | „ | 1895 | 7 528 | „ |
| 1892 | 2 821 | „ | 1896 | 10 983 | „ |
| 1893 | 4 551 | „ | 1897 | 12 082 | „ |

Ausserdem fand eine sich in jedem Jahre vergrössernde Zahl von Krankenbeförderungen im eigenen Rettungswagen des Corps statt. Der Dienst wird von zwei ständig anwesenden Aerzten, ausserdem von 28 anderen Aerzten und Medicinern versehen.

1) Unter Mitzählung der Desinfectionsfälle während der Choleraepidemie.

Die Gesellschaft erhält jährlich vom Stadtrath von Prag eine Unterstützung von 2600 Gulden.

In Reichenberg besteht seit 1865 ein freiwilliges Rettungscorps. Die Mitglieder werden in der ersten Hülfe ausgebildet und leisteten im ersten Jahre in 31 Fällen Hülfe. Im nächsten Jahre erhöhte sich die Ziffer auf 304, es wurde eine Station eingerichtet, jedoch erst am 1. November 1897 mit einem Nachtdienst daselbst begonnen. Auch ein Rettungswagen wurde angeschafft. Vom 1. April 1897 im ersten Jahre wurden 26 Transporte ausgeführt. 538 Hülfsleistungen zählte der Verein 1897, 1898: 598. Der Verein hat Räderbahren, Pontons zur Hülfe bei Ueberschwemmungen, sowie sonstige Geräthschaften. 1897 erhielt er einmal eine städtische Unterstützung von 200 Gulden. Ein für die Nacht geplanter Aerztedienst konnte bisher nicht eingerichtet werden, daher haben auf der Station Nachts drei Mitglieder des Corps Wache. Das Corps hat seit 1899 den Namen „Freiwillige Rettungsgesellschaft“ angenommen.

Seit 1887 besteht in Temesvár eine freiwillige Rettungsgesellschaft, welche drei Wachtlocale mit je einem Heilgehülfen unterhält, welcher auf Anruf Folge leistet. Die Krankentransporte werden mit Tragen ausgeführt. Die Aerzte sind Ehrenmitglieder der Gesellschaft, einige jüngere Aerzte halten Vorträge. Die Stadt unterstützt die Gesellschaft durch einen jährlichen Beitrag von 500 Gulden. Im Jahre 1897 wurde 625 Personen erste Hülfe geleistet.

In Triest verdankt die freiwillige Rettungsgesellschaft ihre Entstehung einer Poliklinik, welche 1886 von einigen Aerzten begründet wurde. Neben der ambulatorischen Behandlung unbemittelter Kranker fand erste Versorgung Verletzter und plötzlich Erkrankter statt. An verschiedenen Stellen der Stadt und in Apotheken wurden Tragbahren aufgestellt, Curse in erster Hülfe begonnen. Nachdem die Wiener freiwillige Rettungsgesellschaft die gesammte Einrichtung einer Station der „Società della Poliambulanza“ angeboten, wurde 1899 eine Station im Centrum der Stadt errichtet. Hier befinden sich die Räume für das Ambulatorium und die Rettungswache. Die Gemeinde zahlt einen Zuschuss. Die Einrichtung ist der der Wiener Gesellschaft ähnlich, aber es werden mehr plötzlich Erkrankte in ihren Wohnungen behandelt, daher auch der Name „Stazione di soccorso e Guardia medica“. Jährlich erhalten etwa 10 000 Kranke im Ambulatorium und 8000 bis 9000 Verletzte Hülfe.

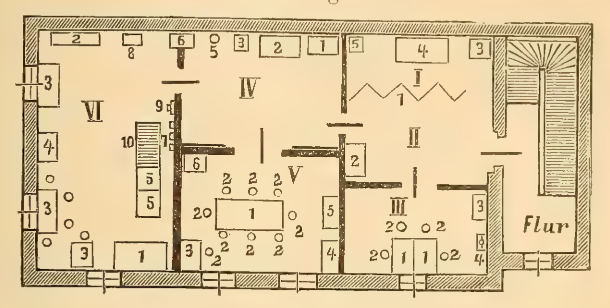
### l) Russland.

Die Einrichtung der freiwilligen Rettungsgesellschaft in Lodz ist beim Krankentransportwesen erwähnt.

Die freiwillige Rettungsgesellschaft in Warschau wurde am 17. Januar 1896 begründet. Die ersten Hülfsleistungen wurden vorher in der Stadt durch Bader, ferner auch von den diensthabenden Polizisten und auf den Polizeibureaux ausgeübt. Dann wurde eine Verfügung erlassen, dass im

Spital ohne Rücksicht auf die Anzahl der freien Plätze alle Kranken, welche auf der Strasse einen Unfall gehabt hatten oder sich in Lebensgefahr befanden, aufgenommen werden müssten. Eine zweite Verordnung verbürgte die schnelle Hülfe im Spital durch die diensthabenden Aerzte.

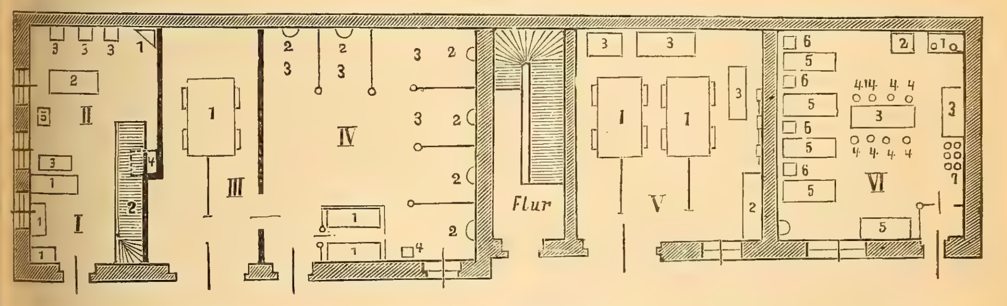
Abbildung 12.




Station der Freiwilligen Rettungsgesellschaft in Warschau.

Obergeschoss. I. Botenzimmer. 1. Spanische Wand. 2. Tisch des Boten. 3. Ofen. 4. Bett. 5. Waschtisch. II. Vorzimmer. III. Kanzlei. 1 u. 4. Schreibtische. 2. Stuhl. 3. Schrank. IV. Korridor. 1. Wäscheschrank. 2. Buffet. 3. Verbandstoffschrank. 5. Samovar. V. Berathungszimmer. 1. Tisch. 2. Stuhl. 3. Schreibtisch. 4. Archiv. 5. Bibliothek. 6. Ofen. VI. Arztzimmer.

Abbildung 13.




Station der Freiwilligen Rettungsgesellschaft in Warschau.

Erdgeschoss. I. Ausfahrtszimmer. 1. Repositorien für Koffer. 2 Treppe zum Arztzimmer. II. Operationszimmer. 1. Ofen. 2. Operationstisch. 3. Tische. 4. Instrumentenschrank. 5. Stuhl. III. Wagenremise No. 1. 1. Wagen. IV. Stall. 1. Lager der Kutscher. 2. Tische. 3. Pferde. 4. Futterraum. V. Wagenremise N. 2. 1. Wagen. 2. Futterraum. 3. Krankentransportgeräthe. VI. Kaserne der Sanitätsdiener. 1. Küche. 2. Ofen. 3. Tische. 5. Betten. 6. Waschtische. 7. Eimer.

1894, zur Zeit der Cholera, erhielt Warschau die ersten Krankenwagen für ansteckende Kranke, während Verletzte, auch solche mit Knochenbrüchen, wie vorher in Droschken befördert wurden. Tragen waren im Spital vorhanden und wurden gegen Entgelt verliehen. Nach verschiedenen

Vorberathungen begann die Thätigkeit der Rettungsgesellschaft am 25. Februar 1897. Das Personal setzt sich zusammen aus dem Vorsteher der Station, 12 du jour habenden Aerzten, 12 Vertretern, 7 Sanitätsmännern. Die Aerzte müssen sich vor ihrem Diensteintritt einige Zeit mit Chirurgie beschäftigt haben. Sie sind zuerst vertretende, dann erst Stationsärzte. Auf der Station sind stets drei Aerzte und fünf Sanitätsdiener anwesend, von welchen zwei Dienst haben und einer Vertreter ist. Ausser diesen Aerzten sind, wie bei der Wiener Gesellschaft Aerzte als Ehrenmitglieder, hier als Mitglieder vorhanden, welche auf Verlangen des Vorstandes bei Unfällen helfend eingreifen. Mit dem Arzt rücken zwei Sanitätsmänner zum Unfall aus. Das Material besteht aus fünf Krankenwagen und acht Pferden. Die Sanitätsdiener werden in ältere und jüngere eingetheilt. Erstere helfen den Aerzten unmittelbar, während die jüngeren mehr Handlangerdienste leisten. Die älteren haben in ihren Verbandtaschen Aderpresse, die jüngeren Kleiderscheere und Lichte.

Die Räume der Gesellschaft waren zuerst sehr einfach. Später musste wegen der erhöhten Inanspruchnahme ein besseres Wachtlokal gewählt werden. Die Station befindet sich jetzt in der Lesznostrasse und ist allen Anforderungen entsprechend ausgestattet, wie es die Abbildungen auf S. 725 veranschaulichen.

Die Dienstzimmer sind im Erd- und ersten Geschoss untergebracht. Unten befinden sich die Wacht- und Verbandräume, oben das Zimmer der dienstthuenden Aerzte, mit Fernsprechern, den Journalen, Kanzlei etc. Täglich zweimal erhält die Centralstation Meldung von den Warschauer Krankenhäusern über die freistehenden Betten. Auf dem Hofe ist die Wagenremise, wo ständig ein bespannter Rettungswagen in Bereitschaft ist. Von den Wagen dienen drei zur Benutzung bei Unfällen, in einem Wagen, der mit Blech ausgeschlagen, werden ansteckende Kranke befördert, und in einem Wagen in Landauerform bestellte Krankentransporte ausgeführt. Die Wagen sind nach Wiener Muster gebaut. Ferner sind Räder-, Tragbahren, Sanitätstaschen vorhanden, auch Zwangsjacken und vollständige Ausrüstung für Neugeborene. Entweder erfolgt die Hülfsleistung auf der Stelle oder in der Nähe, oder der Arzt fährt den Patienten nach Haus, Krankenhaus oder auf die Station zur endgültigen Behandlung. Bei einer Eisenbahnkatastrophe 1898 in Tlusz wurden 22 Verunglückte in $1^1/_2$ Stunden versorgt, nach dem Krankenhaus gebracht, und kurzes Protokoll gefertigt. Auch auf der Wache selbst werden Verletzte, welche dorthin kommen, behandelt. Bei grösseren Volksfesten etc. werden fliegende Wachen mit einem Arzt, Sanitätsdiener, Verbandmaterial und Trage hergestellt. Im Verlaufe von $10^1/_2$ Monaten im ersten Jahre des Bestehens wurden 2700 Verunglückten Hülfe geleistet.

Die Gesellschaft hat nach ihren Satzungen den Zweck und die Aufgabe, allen Denjenigen ärztliche Hülfe angedeihen zu lassen, welche auf öffentlicher Strasse oder Platz einen Unfall erleiden, oder welche plötzlich erkranken. Der Unfall muss plötzlich, unerwartet, und die erste Hülfe darf nur eine vorläufige sein. „Der Arzt, welcher zum Unfalle kommt, soll

nicht heilen, sondern retten.“ Er hat nur die Pflicht, den Verletzten in die denkbar günstigste Lage zu versetzen und seine weitere Versorgung dem Arzt im Hospital oder dem Hausarzt zu überlassen. Bei Epileptikern wird keine Hülfe geleistet, weil der Anfall, bevor der Arzt zur Stelle, meistens vorüber ist. Hat aber eine Verletzung beim Anfalle stattgefunden, so erhält der Patient Hülfe. Betrunkenen wird keine Hülfe geleistet. Sie werden im Hospital nicht aufgenommen, und es ist wichtig, sie nach Hause zu bringen, aber die Gesellschaft kann sich hiermit nicht befassen. In die Wohnungen soll nur bei dringender Lebensgefahr Hülfe entsendet werden, die Rettungsgesellschaft sorgt nur in solchen Fällen für die Herbeischaffung eines Arztes.

Die Stadtgemeinde gewährt vorläufig auf 5 Jahre jährlich 5000 Rubel. 1897 kamen 1279 Fälle vor, von welchen 341 auf die Nacht entfielen, die Zahl der Ausfahrten betrug 1080, auf der Station wurden 137 Personen behandelt, 62 abgewiesen, 612 Fälle waren chirurgische, 422 innere, 13 Geburten. 1898 wurden bereits 4223 Personen behandelt, 1158 Nachts, 3186 Ausfahrten, auf der Station 1887, 150 abgewiesen, 2717 chirurgische, 1083 innere, 35 Geburten. 1900 waren diese Zahlen 7837, bezw. 1948. In der Station wurden 1879 Persone behandelt, 284 Personen wurden abgewiesen, chirurgische Fälle waren 4688, innere 2244, Geburten 49.

### m) Schweden und Norwegen.

In Stockholm bewirkt am Tage das ständige Polizeiamt die Versorgung der auf der Strasse Verunglückten. Bei plötzlichen Erkrankungen während der Nacht sorgt die nächste Polizeistation für die Herbeischaffung eines Arztes (Pariser System), dessen Dienstleistung im Falle der Vermögenslosigkeit des Patienten von der Stadtverwaltung bezahlt wird.

In Christiania sind bei der Polizei Wagen eingestellt, über welche beim Krankentransportwesen berichtet wurde. Die Hospitäler haben drei Krankenwagen zur Verfügung, in welchen auf Wunsch ein Arzt zu Unfällen entsendet wird. Im Hafen sind vier Rettungsboote, Rettungsbojen, Haken an verschiedenen Stellen aufgestellt. Die Polizeibeamten haben in allen Nothfällen Hülfe zu leisten. Sie sind verpflichtet, für bewusstlose Personen ärztliche Hülfe herbeizuschaffen, in anderen Fällen ist letzteres ihrem Ermessen überlassen. In Lebensgefahr befindliche Personen sollen sofort in das Reichshospital oder das Gemeindekrankenhaus gebracht werden, wo hierfür Platz vorgesehen ist. Im Gemeindespital befindet sich jederzeit ein Arzt, welcher von der Polizei gerufen werden kann, wenn der für den betreffenden Stadttheil zuständige gemeindliche oder Polizeiarzt nicht in der Lage ist zu kommen. Die meisten Polizeibeamten werden in der ersten Hülfe ausgebildet, in den Polizeistationen befinden sich Schränke mit Verbandzeug und den nothwendigsten Werkzeugen. Seit dem 1. September 1898 besteht eine privatliche ärztliche Wachtstation, von welcher jederzeit ein Arzt durch Fernsprecher gerufen

werden kann. Bis 31. December 1899 wurden von dieser Station 1221 Kranke behandelt, davon 1134 während der Nacht, etwa ein Drittel auf der Station, die anderen ausser dem Hause. Die Polizei hatte 1898 sich mit 751 Verunglückten zu befassen.

In Norwegen besteht seit 1884 ein Samariterverein, welcher bezweckt, die Kenntniss erster Hülfe unter Laien bei solchen Personen zu verbreiten, welche häufig bei Unglücksfällen zur Stelle sein müssen, Beamte der Feuerwehr, Polizei, Eisenbahn. Die Eisenbahnverwaltung hat 105 Samariterkästen angeschafft, von welchen ein Theil auf den Zügen, die anderen auf den Stationen vertheilt sind. Ausserdem sind 56 Tragbahren auf verschiedenen Stationen aufgestellt.

### n) Schweiz.

Der Schweizerische Samariterbund bezweckt Sammlung und Organisation der Schweizerischen Samariter, gegenseitige Anregung und Unterstützung der Samaritervereine, Weiterverbreitung des Samariterwesens, Verbindung mit dem Schweizerischen Centralverein vom Rothen Kreuze gemäss der mit demselben getroffenen Vereinbarung. In Friedenszeiten ist der Samariterbund vollkommen selbständig, in Kriegszeiten stellt er seine Dienste und Mittel der Direction des Centralvereins zur Verfügung, was jedoch für die einzelne Person der Mitglieder der Samaritervereine nicht verbindlich ist. Der Samariterbund besteht aus Samaritervereinen und -Verbänden, welche sich den Satzungen unterziehen und mindestens zehn active Mitglieder zählen. Der Bund und seine Einzelzereine hat an zahlreichen Orten Curse in erster Hülfe abgehalten, der Bundesvorstand stellt die Lehrmittel zur Verfügung. Der Schweizerische Bundesrath zahlt einen Jahresbeitrag von 800 Frcs. jährlich, der Centralverein vom Rothen Kreuz gleichfalls einen Beitrag für die abgehaltenen Curse. Es werden auch Curse für häusliche Krankenpflege und Feldübungen veranstaltet. Dem Bunde gehören 138 Sectionen im ganzen Lande an, welche 5489 active, 8069 passive Mitglieder und 277 Ehrenmitglieder haben. Bei 8259 Personen leisten 1900/01 Samariter Beistand. 52 Samaritercurse wurden für 1984 Personen von Aerzten abgehalten. Die Vereine verfügen über Transportmittel und Verbandmaterial aller Art.

### o) Serbien.

Die staatlichen Krankenhäuser sind zur Hülfsleistung bei plötzlichen Erkrankungen und Unfällen eingerichtet. Ferner sind nicht nur die staatlich angestellten, sondern auch die privaten Aerzte durch das Sanitätsgesetz zur Hülfsleistung verpflichtet, dessen Art. 16, § 10 lautet: „Wenn ein Arzt zu Jemand berufen wird, der sich in Lebensgefahr befindet, die unvorhergesehen und plötzlich eingetreten ist, so hat er sofort Jedem ohne Unterschied Hülfe zu leisten. Ist durch sein Zögern

ein Schaden eingetreten, der durch rechtzeitige Hülfe hätte abgewendet werden können, so ist er nach den Bestimmungen des Strafgesetzes verantwortlich.“ Ferner bestimmt Art. 4 des Reglements für Kreis- und Bezirkskrankenhäuser, wie für das allgemeine Krankenhaus, dass in Ausnahmefällen, wenn Jemand sich in Lebensgefahr befindet, und aus Humanitätsrücksichten Hülfe erforderlich ist, der Betreffende ohne Papiere aufgenommen werden muss (eine sehr schätzenswerthe Bestimmung!). In der Hauptstadt besteht noch die besondere Verfügung, dass die Gemeindeärzte (acht an der Zahl), welche zugleich Armen- und Polizeiärzte sind, Jedem ohne Unterschied die erste ärztliche Hülfe überhaupt zu leisten haben. Jeder durch Biss eines tollen Hundes Verletzte wird laut Gesetz in das Pasteur'sche Institut nach Budapest gesendet. Die Hin- und Rückfahrt von Belgrad und die Kurkosen im Institut bezahlt für Unbemittelte der Staat aus dem nationalen Sanitätsfonds. Den Transport nach Belgrad und zurück bezahlt die Gemeinde, welcher der Kranke angehört.

Für Eisenbahnunfälle sind besondere Anweisungen ausgegeben.

## p) Spanien.

In zahlreichen Städten sind „Casas de Socorro“ vorhanden, deren Aufgabe, z. B. in Madrid, es ist, nothwendige Hülfe für Jedermann, welcher von einem Unfalle sowohl auf der Strasse als auch in den Häusern betroffen ist, in Fällen dringender Gefahr bereit zu stellen, ferner in ihren Anstalten diejenigen Kranken oder Verletzten zu behandeln, welche nicht in ihre eigene Behausung oder ein Hospital übergeführt werden können, ferner Impfungen zu vollziehen. Die Casas de Socorro dienen gleichfalls zur Aufbewahrung von Gegenständen und sonstigen Dingen für die Behandlung von Armen. Die Stadt wird für diese Wohlfahrtsbestrebungen in so viel Districte eingetheilt, als Hülfsanstalten bestehen. Es liegt diesen gleichfalls die Armenkrankenpflege ob. Die Hülfsleistung der Anstalten ist für Unbemittelte unentgeltlich, andere Personen haben zu zahlen. Gleiche Bedingungen gelten für die Aufnahme in eine Anstalt. Jede Wache besitzt einen Verbandkasten mit allen erforderlichen Geräthschaften zum Beistand bei Kranken und Verletzten. In jeder Anstalt ist ein ständiger Wachthabender, ein Dienstarzt und Stellvertreter mit einem Practicanten. An der Spitze der Anstalt steht ein Vorsteher.

Sehr ähnlich lauten die Bestimmungen für die Casas de Socorro in Sevilla. Hier sind in jeder Anstalt zwei Diensthabende und ein Hülfsarzt vorhanden.

Für die Hülfe der Feuerwehren bei Brandunglücksfällen sind gleichfalls erforderliche Vorkehrungen getroffen. Ferner ist das Rettungsweseeu für Unfälle in Bergwerken und auf Eisenbahnen gut geordnet.

Von den

## II. Aussereuropäischen Ländern

sind besonders zu nennen:

### 1. Argentinien.

In Buenos Aires besteht ein besonderer Rettungsdienst, welcher nach modernen Grundsätzen eingerichtet ist. Die Polizisten leisten erste Hülfe und bringen einen Verunglückten in das nächstgelegene Polizeiamt, wo sofort der Polizeiarzt weitere Funktion übernimmt. Auch die organisirte Feuerwehr besorgt erste Hülfe bei Unfällen.

### 2. Britisch Guiana.

Siehe „Krankentransportwesen". Die dort erwähnten Hospitäler haben 35—80 Betten. In Georgetown ist ein wohlausgerüstetes Krankenhaus mit 800 Betten.

### 3. Canada.

Die Ausdehnung des Landes, bei einer Bevölkerung von nur etwa 5 Millionen Einwohnern, kommt etwa der der Vereinigten Staaten gleich. Der grösste Theil der Bewohner lebt in Einzelhöfen oder sehr kleinen Orten, nur ein ganz kleiner Theil in grösseren Ortschaften. Aus diesem Grunde ist ein Rettungsdienst nur in den grösseren Städten ausführbar und ist auch hier der Privatfürsorge überlassen. Die meisten grösseren Krankenhäuser haben auf eigene Kosten einen Rettungsdienst eingerichtet, welcher mit Hülfe der Fernsprecher funktionirt.

### 4. Centralamerika.

In den meisten Staaten sind eigene Einrichtungen für Rettung Verunglückter, abgesehen von den im „Krankentransportwesen" genannten, kaum vorhanden.

### 5. China.

In Honkong besitzt jede Polizeistation Transportgeräthe zur Versorgung von auf der Strasse oder bei Sportspielen verunglückten oder erkrankten Personen. Bei den Spielen sind stets dergleichen Geräthschaften auf Anordnung der Polizei vorhanden. Die Europäischen Mitglieder der Polizei haben Unterricht in der ersten Hülfe mit Prüfung am Schlusse der Kurse. Ferner werden sie in der ersten Hülfe bei Scheintodten unterwiesen.

### 6. Englische Colonien.

Die Englischen Colonien verfügen über vortreffliche Einrichtungen auf dem Gebiete der ersten Hülfe und des Rettungswesens, da in allen die St. John's Ambulance Association Zweigvereinigungen unterhält,

welche von der Centralstelle in London aus ressortiren. In gleicher Weise wie in London werden Polizei-, Feuerwehr- und Eisenbahnbeamte etc. als Samariter ausgebildet. Ferner sind an verschiedenen Stellen, besonders auf Eisenbahnen, Bergwerken etc. Verbandkästen, Tragbahren untergebracht, welche von der Hauptstelle in London aus geliefert werden. Die Organisation ist ähnlich der der Royal Humane Society. Das Centrum der letzteren Gesellschaft in Australien allein, welches 1874 begründet wurde, hatte bis Ende des Jahres 1899 1840 Lebensrettungen zu verzeichnen. Die Einrichtungen einzelner Englischen Colonien werden im Folgenden noch besonders erwähnt.

### 7. Japan.

Bei grossen Unglücksfällen (Erdbeben etc.) werden öffentliche Gebäude oder ähnliche Räume in der Nähe zum zeitweiligen Aufenthalt hergerichtet. Die Verunglückten erhalten Speise, Kleidung, Verletzte auch ärztliche Behandlung. Ist die Wohnung zerstört, so empfängt der Verunglückte Geld für diese und für Anschaffung neuer Geräthschaften. Dieses Rettungswesen untersteht dem Oberhaupt eines Landesdistriktes (Fu und Ken chiji), das gesammte Rettungswesen dem Minister des Innern und Finanzminister. Das Geld für das Rettungswesen wird nach dem Gesetz durch Steuern aufgebracht. Es muss für jeden Bezirk mindestens 50000 Yen (100000 Mk.) betragen. Die Summe muss 20mal so gross sein, als die Durchschnittszahl des Gebrauchs von 10 einzelnen Jahren beträgt. In einzelnen Bezirken sind 260000 Yen aufzubringen. Ausserdem bezahlt die Regierung jährlich 60000 Mk. Beihülfe für von Unglücksfällen in den Bezirken Betroffene. Wenn in einem Bezirke die zur Unterstützung ausgezahlte Summe $^{5}/_{100}$ des Capitals überschreitet, so tritt die Regierung mit $^{1}/_{3}$ der ausgezahlten Summe ein. Es bestehen auch einzelne kleinere private Gesellschaften für Rettungswesen.

Erkrankt ein Reisender plötzlich unterwegs, so sorgen die Behörden eine Zeit lang für ihn, bis ein Verwandter oder Vormund die Sorge übernimmt. Sind solche nicht vorhanden oder nicht auffindbar, so wird es dem Bezirke des Kranken gemeldet. Findet ein Polizist einen solchen Kranken, so kann er ihm Hülfe angedeihen lassen. Die Schutzleute sind als Samariter ausgebildet.

### 8. Kapland.

Die Sicherheitsbeamten haben bei ihrem Dienstantritt einen dreimonatlichen Cursus in der ersten Hülfe durchzumachen. Verunglückte werden in Kapstadt zum Casualty Ward (Rettungswache) im „Police and Casualty Hospital“, wenn erforderlich unter Benutzung eines Krankenwagens, geschafft. Dieses hatte in den Jahren 1892—98 eine Zunahme der Zahl der Patienten von 1023 auf 3950, unter welchen solche mit Unfällen besonders vom Jahre 1897 zu 1898 eine erhebliche Zunahme zeigten und zwar von 1392 auf 1620. In kleineren Plätzen bringt man

die Verletzten zur Versorgung in die Polizeiwache oder ins Stadtgefängniss, falls ein solches vorhanden.

Bei Eisenbahnunfällen stehen den beamteten Aerzten jedes Distriktes besondere Wagen zur Verfügung, welche mit allen erforderlichen Rettungsmitteln ausgestattet, an jeden Zug angehängt werden können. Der beamtete Arzt hat die Pflicht, bei einem Unglücksfalle sich an die Unfallstelle zu begeben. In jedem Passagierzuge ist ein Verbandkorb. Die meisten Beamten sind in der ersten Hülfe unterrichtet.

### 9. Malta.

In La Vallette sind gleichfalls die Polizisten in der ersten Hülfe ausgebildet, welche sie zu leisten haben, bis der sogleich herbeigerufene Polizeiarzt zur Stelle ist. Diese Hülfe ist auch in kleineren Städten schnell zu erreichen, da die Polizeistationen telephonisch verbunden sind. Auf der Eisenbahn, deren Länge nur 10 Kilometer beträgt, werden Verunglückte auf der nächsten Station der Polizeibehörde übergeben. Auch eine Gesellschaft von Damen geniesst Unterricht in der ersten Hülfe.

### 10. Mexico.

Verunglückte werden nach der Polizeiwache oder in das allgemeine Krankenhaus in Mexico gebracht. Ersteren sind die erforderlichen ärztlichen Kräfte beigeordnet. Aehnlich liegen die Verhätnisse in Guanajuato. Verunglückte werden mit Tragbahren in das Hospital befördert, oder, wenn sie im Stande sind zu gehen, so kommen sie erst nach der Polizei, und werden dann in das Hospital übergeführt. Die Herbeischaffung der Tragbahren geschieht durch Weitergeben der betreffenden Mittheilung an die Polizeiwache.

In den Bergwerken wird die erste Hülfe bei Verunglückten von den Bergleuten und Beamten geleistet, wofür auch meistens die erforderlichen Verband- und Arzneimittel vorhanden sind.

Sehr eigenartig ist das Rettungs- und Krankentransportwesen in

### 11. Niederländisch Indien

eingerichtet. Alle Unterbeamten und Missionäre erhalten einmal im Jahre kostenfrei Medicamente mit Gebrauchsanweisung und Verbandmittel. Von der Regierung werden volksthümlich geschriebene Bücher (auch in malaischer Sprache) unter der Bevölkerung des Archipels verbreitet, in welchen die erste Hülfe bei Unglücksfällen (Cholera und Pest) beschrieben ist. Tragbahren aus Bambus weiss jeder Eingeborene zu verfertigen, so dass besondere Maassregeln hierfür nicht erlassen sind. Auf Grund des Eisenbahnreglements sind in West-Java auf 4, in Ost-Java auf 2 Stationen Hülfswagen, geschlossene Güterwagen, eingestellt. Jeder dieser enthält technische Hülfsmittel für Aufhebung von Verkehrshemmungen bei Entgleisungen, und Krankentragen, sowie die Verbandpackete nach Gory und de Mooij. Ferner sind in den Zügen und auf

einer grossen Zahl von Stationen, sowohl auf den Hauptlinien der Staatsbahnen als den Secundär- und Privatbahnen, die genannten Hülfsmittel vorgesehen.

Im Ombilien-Kohlen-Distrikt befinden sich in der Nähe der beiden Minenausgänge je ein Hospital mit je einem „Doctor Gawa“, eingeborenem Arzt. Nach Meldung eines Unfalles begeben sich diese mit erforderlichem Verbandmaterial und einigen Gehülfen an die Unfallstelle. Verunglückte sind hier leicht zu erreichen, da nur Tunnels und keine senkrechten Schächte vorkommen. Nach Anlegung des ersten Verbandes wird der Verunglückte nach dem Hospital überführt und dort weiter von dem genannten oder einem Europäischen Arzte, welcher inzwischen durch Fernsprecher verständigt wurde, weiter behandelt.

Bei Transporten von Kranken auf weitere Entfernungen werden Krankenwagen benutzt. Auch bei Erkrankung oder Unfall der übrigen Bevölkerung leisten die erwähnten Docters erste Hülfe. In den Hauptstationen der Eisenbahnstrecken sind Verbandmaterial und Tragen vorräthig, gleichfalls auf den Haltestellen. Die Stations- und Zugbeamten sind in der ersten Hülfe ausgebildet.

### 12. Oranje-Freistaat.

Für Hülfe bei Unfällen auf Eisenbahnen sind die Bahnärzte vorhanden, deren jeder eine eigene Strecke zu versorgen hat. Die Diamantgruben in Jagerfontein etc. haben ihre eigenen Grubenärzte und tragen zum Unterhalt des Hospitales bei, welches sich in der angrenzenden Stadt befindet. Ist keine Stadt in der Nähe, so erhalten sie ein eigenes kleines Hospital.

### 13. Transvaal.

In Johannesburg leistet ausser der St. John's Ambulance Association die städtische Feuerwehr bei Unglücksfällen erste Hülfe, deren Mitglieder von jener Gesellschaft Unterricht erhalten.

In den zahlreichen Gruben Transvaals ist das Rettungswesen gut eingerichtet. Durch eine Regierungsverordnung ist vorgeschrieben, dass auf jeder Grube die nöthigen Hülfs- und Transportmittel, insbesondere Tragen, Verbandmittel, elastische Schläuche etc. vorhanden sein müssen. Die vorschriftsmässige Zahl dieser Gegenstände soll sich nach der Zahl der auf den Gruben beschäftigten Arbeiter richten.

### 14. Uruguay.

Die Polizeicommissariate und Krankenhäuser besitzen Krankentragen in Montevideo. Die Polizeibeamten haben erste Hülfe bei Unfällen zu leisten. Ausdrücklich ist in ihrer Dienstanweisung angeführt, dass sie die Ansammlung von Menschen bei den Verunglückten zu verhindern haben, „welche die dem Erkrankten nothwendige Luft verschlechtern.“

Ferner sollen sie den Kranken den Rathschlägen Unvernünftiger entziehen. Sie sollen ferner den Transport nach erfolgter nothwendiger Hülfsleistung ausführen.

## 15. Vereinigte Staaten von Nordamerika.

Das Rettungswesen ist meistens mit den Hospitälern vereinigt. Diesen wird der Unfall gemeldet, worauf sich ein Arzt im Rettungswagen zur Unfallstelle begiebt und den Patienten nach Haus oder in das Krankenhaus bringt. Die Meldung der Unfälle geschieht durch eigene Unfallmelder, von welchen einige auf Seite 632 und 633 abgebildet sind. Es sind auch die Melder mit denen der Feuerwehr verbunden, sodass die Meldung einerseits zur Feuerwache, andererseits zur Rettungswache abgegeben werden kann.

In Detroit Mich. sind Krankentransportgeräthschaften in den privaten Hospitälern aufgestellt. Auf den Eisenbahnen leisten die Bahnärzte erste Hülfe, gleichfalls in den Bergwerken die hierfür angestellten Aerzte.

San Francisco besitzt ein „Emergency Hospital“, Krankenhaus zur Aufnahme Verunglückter, Selbstmörder und Verbrecher. Ferner ist ein „City Receiving Hospital“ vorhanden, welches mit dem Polizeiamt und dem Stadtgefängniss vereinigt ist. Dieses im Mittelpunkt der Stadt belegene Gebäude enthält die erforderlichen Räume. Ausserdem sind zwei Zweighospitäler eingerichtet worden, von welchen das eine nach der Wasserseite, dem industriereichsten Theile der Stadt, das andere im Golden Gate Park, dem besuchtesten Vergnügungsorte der Stadt, gelegen ist. Jede dieser zwei Anstalten enthält einen Saal mit 3 Betten, Verwaltungsraum, Wohnung für den Arzt und den Kutscher des Krankenwagens. Die drei Hospitäler haben je einen Rettungswagen für Ausfahrt in dringenden Fällen bereit.

Die Hospitäler unterstehen einem Polizeiarzt, ferner sind vorhanden acht assistirende Polizeiärzte, vier in der Hauptanstalt, je zwei in jeder Zweiganstalt, Inspectoren, zwei Pflegerinnen, sechs Kutscher, zwei für jeden Krankenwagen. Leicht verletzte Personen gehen selbst in eine der Anstalten, bei schwereren Unfällen telephonirt ein Polizeibeamter oder irgend eine andere Person nach dem nächsten Hospital, welches den Wagen aussendet, um den Kranken nach der Anstalt zu bringen. Alle ernster Verletzten werden in das Haupthospital gebracht. Die Kranken müssen, sobald es ihr Zustand gestattet, aus den Anstalten verlegt werden. Unbemittelte werden in das städtische und Staats-Hospital übergeführt.

Auch Milwaukee Wis. hat ein Emergency Hospital, mitten in der Stadt gelegen, in welches alle Personen mit schweren Unfällen oder plötzlichen Erkrankungen gebracht werden. Sie werden in ein anderes Hospital, oder auch nach Hause, sobald dies möglich ist, übergeführt. Mit dem Hospital, welches alle Verunglückten und plötzlich Erkrankten

ohne jede Beschränkung aufnimmt, ist eine Ambulance - Station verbunden.

St. Paul Minn. siehe „Krankentransportwesen".

In Philadelphia sind die Polizisten in der ersten Hülfe ausgebildet, ferner auch dafür, Betrunkene von plötzlich Erkrankten zu unterscheiden (leider ist nicht angegeben, wie dies geschieht). Ereignet sich ein Unfall, so wird durch irgend einen Fernsprecher, welche überall auf der Strasse in Kästen angebracht sind, eine Meldung dem nächsten Hospital übermittelt, welche alle auf Kosten der Stadt mit Rettungswagen ausgestattet sind. Die Ausführung des Auftrages geht schnell von statten.

Auf der Pennsylvania Eisenbahn ist eine Abtheilung von 300 Unfallärzten vorhanden und zwar fast in jeder Stadt der Linien, ferner sind 47 Bahnärzte nach einer besonderen Prüfung angestellt. Ihr Dienst besteht in der Beaufsichtigung des freiwilligen Hülfsdienstes. Sie sind ausgerüstet mit Verbandbeuteln mit den erforderlichen Verbandmitteln. 10 062 Unfallverletzte wurden im Jahre 1896 behandelt. Jede Locomotive ist mit einem kleinen Kasten ausgerüstet, welcher Verbandmittel, Aderpresse etc. enthält. Auf jeder Station sind Tragen, ferner werden Betten in allen Krankenhäusern auf den Strecken bereit gehalten. Von jedem Punkte der Gesammtstrecke von 9000 Meilen ist ein Hospital in zwei Stunden zu erreichen.

Pittsburgh Penn. siehe „Krankentransportwesen".

---

Wie aus meinen Schilderungen hervorgeht, ist das Rettungswesen ein eigenes Fach der wissenschaftlichen Heilkunde. Wenn ich auf die Organisation desselben hier näher eingegangen bin, so ist dies geschehen, weil gewöhnlich diese Dinge nicht sehr bekannt sind, und weil augenblicklich gerade in Deutschland, aber auch in anderen Ländern, Veränderungen auf diesem Gebiete vor sich gehen, welche eine genauere Beschreibung der Einrichtungen in den einzelnen Städten und Ländern wünschenswerth erscheinen liessen.

Man hat behauptet, dass das Rettungswesen kein wissenschaftlich-medicinisches Fach sei, sondern ebenso wie u. A. die Kriegskrankenpflege zu den humanitären Dingen gehöre, „eine sociale Maassnahme der Gesellschaft, der Allgemeinheit" darstelle. Und doch kann schon die eben genannte Einrichtung des Rettungswesens nur nach Grundsätzen erfolgen, welche durch die Forschungen der wissenschaftlichen Heilkunde festgelegt sind, wie dies aus meinen Darlegungen deutlich hervorgeht. Das Rettungswesen selbst ist ferner nur nach wissenschaftlich feststehenden Regeln der Medicin auszuführen, wenngleich seine Organisation, gleichwie die der Kriegskrankenpflege, zu welcher das Rettungswesen organisatorisch

in Beziehung steht und auch vielfach mit Recht zu setzen gesucht wird, eine zum Theil humanitäre Angelegenheit ist.

Ich habe ferner beschrieben, wie die grossen Fortschritte der Medicin am Ende des 19. Jahrhunderts an dem grossen Aufschwung des Rettungswesens in hervorragender Weise betheiligt sind, wie auch Pauli-Posen überzeugend auf dem Deutschen Samaritertag in Breslau 1900 dargethan. Und aus allen genannten Gründen muss die Leitung des gesammten Rettungswesens in den Händen der Vertreter der wissenschaftlichen Medicin, der Aerzte, ruhen. Dass diese bei ihrem Werke die Hülfe von Nichtärzten nicht entbehren können, z. B. für die geschäftliche Verwaltung, ist selbstverständlich. Aber nur da kann zum Besten der Allgemeinheit und aller betheiligten Kreise ein Rettungswesen zweckmässig functioniren, wo an seiner Spitze die Aerzte stehen und sich in ihrer Gesammtheit an der hohen Aufgabe betheiligen, welche den „Beginn der Krankenpflege“ bei den Hülfesuchenden darstellt.

---

# 6. Fürsorge für Kranke durch die Gesetzgebung (Krankenpflegegesetzgebung).

Von

Geh. Med.-Rath Dr. **Dietrich** in Berlin.

---

Die Eintheilung des Stoffes, welche das Handbuch der Krankenversorgung und Krankenpflege darbietet, ist bei der Zusammenstellung der Krankenpflegegesetzgebung so weit wie möglich eingehalten worden. Mit Rücksicht darauf, dass bei der Gruppirung der gesetzlichen Bestimmungen bisweilen von anderen Gesichtspunkten ausgegangen werden muss als bei der Zusammenstellung des Stoffes nach wissenschaftlichen Grundsätzen konnten anderseits Abweichungen von der Stoffeintheilung des Handbuchs nicht ganz vermieden werden.

Um das Nachschlagen für Aerzte, Krankenhaus- und Anstaltsleiter, Wartepersonal und Alle, die mit der Krankenversorgung und Krankenpflege sich beschäftigen oder beschäftigt werden, nutzbringend zu gestalten, sind Gesetze und Bestimmungen, welche über Kranke oder Einrichtungen für diese handeln, wörtlich aufgenommen und nur diejenigen Bestimmungen fortgelassen worden, welche zur Krankenversorgung und Krankenpflege in keiner unmittelbaren Beziehung stehen. Hierher gehören die zahlreichen Bestimmungen über die Krankheitsverhütung, den Arbeiter- und Kinderschutz, sowie alle Fragen, welche ausschliesslich die Hygiene betreffen. Nur einzelne derselben fanden Aufnahme, weil sie sich von den Bestimmungen der Krankenfürsorge nicht trennen liessen. Einzelne Vorschriften der Reichsgesetzgebung, zum Beispiel die Bestimmungen in den §§ 153—163 des Str.-G.-B.s, wurden, obwohl sie eine unmittelbare Beziehung zu den Kranken oder deren Versorgung und Pflege nicht haben, deshalb aufgenommen, weil sie für die Krankenhausleiter oder das Krankenpflegepersonal von Interesse sind.

Von den gerichtlichen Entscheidungen konnten bei der Fülle des Stoffes nur diejenigen erwähnt werden, welche wichtige Erläuterungen der entsprechenden Gesetze enthalten.

Bei der Auswahl der gesetzlichen Bestimmungen ist in erster Linie die Gesetzgebung des Reichs und der grösseren Bundesstaaten, insbesondere Preussens berücksichtigt worden. Die gesetzlichen Bestimmungen, welche in ausserdeutschen Staaten Geltung haben, konnten nur ausnahmsweise Berücksichtigung finden.

Die wörtlich angeführten Bestimmungen sind theils den amtlichen Veröffentlichnngen der betreffenden Staaten oder des Kaiserlichen Gesundheitsamtes, theils der Beilage zu der „Zeitschrift für Medicinalbeamte“ (Fischer's medic. Buchhandlung, Berlin) entnommen.

Bei der Bearbeitung einiger Capitel des zweiten Theils, insbesondere bei den Capiteln: Fürsorge für Unbemittelte, Pflegepersonal und Krankenanstalten sind die entsprechenden Capitel der von dem Verfasser in Gemeinschaft mit Herrn Regierungs- und Geh. Medicinalrath Dr. Rapmund in Minden herausgegebenen „Aerztlichen Rechts und Gesetzeskunde“, Leipzig 1899, Verlag von Georg Thieme (SS. 306ff. und 719ff.), auf die auch sonst des Oefteren verwiesen ist, zu Grunde gelegt worden.

---

# Theil I. Allgemeine Bestimmungen.

## A. Strafgesetzbuch und Strafprocessordnung.

### 1. Strafgesetzbuch vom 15. Mai 1871.

§ 51. Eine strafbare Handlung ist nicht vorhanden, wenn der Thäter zur Zeit der Begehung der Handlung sich in einem Zustande von Bewusstlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistesthätigkeit befand, durch welchen seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war.

§ 58. Ein Taubstummer, welcher die zur Erkenntniss der Strafbarkeit einer von ihm begangenen Handlung erforderliche Einsicht nicht besass, ist freizusprechen.

§ 153. Wer einen ihm zugeschobenen, zurückgeschobenen oder auferlegten Eid wissentlich falsch schwört, wird mit Zuchthaus bis zu zehn Jahren bestraft.

§ 154. Gleiche Strafe trifft denjenigen, welcher vor einer zur Abnahme von Eiden zuständigen Behörde wissentlich ein falsches Zeugniss oder ein falsches Gutachten mit einem Eide bekräftigt oder den vor seiner Vernehmung geleisteten Eid wissentlich durch ein falsches Zeugniss oder ein falsches Gutachten verletzt.

Ist das falsche Zeugniss oder Gutachten in einer Strafsache zum Nachtheile eines Angeschuldigten abgegeben und dieser zum Tode, zu Zuchthaus oder zu einer anderen mehr als fünf Jahre betragenden Freiheitsstrafe verurtheilt worden, so tritt Zuchthausstrafe nicht unter drei Jahren ein.

§ 155. Der Ableistung eines Eides wird gleichgeachtet, wenn

1. ein Mitglied einer Religionsgesellschaft, welcher das Gesetz den Gebrauch gewisser Betheuerungsformeln an Stelle des Eides gestattet, eine Erklärung unter der Betheuerungsformel seiner Religionsgesellschaft abgiebt;

2. derjenige, welcher als Partei, Zeuge oder Sachverständiger einen Eid geleistet hat, in gleicher Eigenschaft eine Versicherung unter Berufung auf den bereits früher in derselben Angelegenheit geleisteten Eid abgiebt, oder ein Sachverständiger,

welcher als solcher ein- für allemal vereidet ist, eine Versicherung auf den von ihm geleisteten Eid abgiebt.

§ 157. Hat ein Zeuge oder Sachverständiger sich eines Meineides (§§ 154, 155) oder einer falschen Versicherung an Eidesstatt schuldig gemacht, so ist die an sich verwirkte Strafe auf die Hälfte bis ein Viertheil zu ermässigen, wenn

1. die Angabe der Wahrheit gegen ihn selbst eine Verfolgung wegen eines Verbrechens oder Vergehens nach sich ziehen konnte, oder

2. der Aussagende die falsche Aussage zu Gunsten einer Person, rücksichtlich welcher er die Aussage ablehnen durfte, erstattet hat, ohne über sein Recht, die Aussage ablehnen zu dürfen, belehrt worden zu sein.

Ist hiernach Zuchthausstrafe unter einem Jahr verwirkt, so ist dieselbe nach Maassgabe des § 21 in Gefängnissstrafe zu verwandeln.

§ 158. Gleiche Strafermässigung tritt ein, wenn derjenige, welcher sich eines Meineides oder einer falschen Versicherung an Eidesstatt schuldig gemacht hat, bevor eine Anzeige gegen ihn erfolgt oder eine Untersuchung gegen ihn eingeleitet und bevor ein Rechtsnachtheil für einen Anderen aus der falschen Aussage entstanden ist, diese bei derjenigen Behörde, bei welcher er sie abgegeben hat, widerruft.

§ 161. Bei jeder Verurtheilung wegen Meineides, mit Ausnahme der Fälle in den §§ 157 und 158, ist auf Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte und ausserdem auf die dauernde Unfähigkeit des Verurtheilten, als Zeuge oder Sachverständiger eidlich vernommen zu werden, zu erkennen. In den Fällen der §§ 156 bis 159 kann neben der Gefängnissstrafe auf Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte erkannt werden.

§ 163. Wenn eine der in den §§ 153 bis 156 bezeichneten Handlungen aus Fahrlässigkeit begangen worden ist, so tritt Gefängnissstrafe bis zu Einem Jahre ein.

Straflosigkeit tritt ein, wenn der Thäter, bevor eine Anzeige gegen ihn erfolgt oder eine Untersuchung gegen ihn eingeleitet und bevor ein Rechtsnachtheil für einen Anderen aus der falschen Aussage entstanden ist, diese bei derjenigen Behörde, bei welcher er sie abgegeben hat, widerruft.

§ 169. Wer ein Kind unterschiebt oder vorsätzlich verwechselt, oder wer auf andere Weise den Personenstand eines Anderen vorsätzlich verändert oder unterdrückt, wird mit Gefängniss bis zu drei Jahren und, wenn die Handlung in gewinnsüchtiger Absicht begangen wurde, mit Zuchthaus bis zu zehn Jahren bestraft.

Der Versuch ist strafbar.

§ 174. Mit Zuchthaus bis zu fünf Jahren werden bestraft: . . .

3. Beamte, Aerzte oder andere Medicinalpersonen, welche in Gefängnissen oder in öffentlichen, zur Pflege von Kranken, Armen oder anderen Hülflosen bestimmten Anstalten beschäftigt oder angestellt sind[1]), wenn sie mit den in das Gefängniss oder in die Anstalt aufgenommenen Personen unzüchtige Handlungen vornehmen.

---

1) Hierzu gehören auch die „staatlich geprüften Heilgehülfen und Masseure“, nicht jedoch die Krankenpfleger und -pflegerinnen. Nach der Entsch. des Reichsgerichts vom 24. Aug. 1898 sind unter Medicinalpersonen in dem Sinne des § 174 des Str.-G.-B. solche zu verstehen, die mit der Ausübung der Heilkunde — wenn auch im beschränkten Sinne — befasst sind. Aus § 147 Ziffer 3 der Reichsgewerbeordnung (siehe S. 761) kann ferner gefolgert werden, dass die Krankenpfleger und -pflegerinnen — so lange sie nicht staatlich geprüft und approbirt sind — nicht zu den Medicinalpersonen gehören. Daher hat auch § 144 Abs. 2 der R.-G.-O. (siehe S. 760) keinen Bezug auf die Krankenpfleger u. s. w. Vielmehr kann die Landesgesetzgebung den Pflegepersonen jederzeit Berufspflichten im weitesten Umfange unter Strafandrohung auferlegen.

Sind mildernde Umstände vorhanden, so tritt Gefängnissstrafe nicht unter sechs Monaten ein.

§ 176. Mit Zuchthaus bis zu zehn Jahren wird bestraft, wer

1. mit Gewalt unzüchtige Handlungen an einer Frauensperson vornimmt oder dieselbe durch Drohung mit gegenwärtiger Gefahr für Leib oder Leben zur Duldung unzüchtiger Handlungen nöthigt;

2. eine in einem willenlosen oder bewusstlosen Zustande befindliche oder eine geisteskranke Frauensperson zum ausserehelichen Beischlafe missbraucht, oder

3. mit Personen unter vierzehn Jahren unzüchtige Handlungen vornimmt oder dieselben zur Verübung oder Duldung unzüchtiger Handlungen verleitet.

Sind mildernde Umstände vorhanden, so tritt Gefängnissstrafe nicht unter sechs Monaten ein.

§ 177. Mit Zuchthaus wird bestraft, wer durch Gewalt oder durch Drohung mit gegenwärtiger Gefahr für Leib oder Leben eine Frauensperson zur Duldung des ausserehelichen Beischlafs nöthigt, oder wer eine Frauensperson zum ausserehelichen Beischlafe missbraucht, nachdem er sie zu diesem Zwecke in einen willenlosen oder bewusstlosen Zustand versetzt hat.

Sind mildernde Umstände vorhanden, so tritt Gefängnissstrafe nicht unter Einem Jahre ein.

§ 178. Ist durch eine der in den §§ 176 und 177 bezeichneten Handlungen der Tod der verletzten Person verursacht worden, so tritt Zuchthausstrafe nicht unter zehn Jahren oder lebenslängliche Zuchthausstrafe ein.

§ 218. Eine Schwangere, welche ihre Frucht vorsätzlich abtreibt oder im Mutterleibe tödtet, wird mit Zuchthaus bis zu fünf Jahren bestraft.

Sind mildernde Umstände vorhanden, so tritt Gefängnissstrafe nicht unter sechs Monaten ein.

Dieselben Strafvorschriften finden auf denjenigen Anwendung, welcher mit Einwilligung der Schwangeren die Mittel zu der Abtreibung oder Tödtung bei ihr angewendet oder ihr beigebracht hat.

§ 219. Mit Zuchthaus bis zu zehn Jahren wird bestraft, wer einer Schwangeren, welche ihre Frucht abgetrieben oder getödtet hat, gegen Entgelt die Mittel hierzu verschafft, bei ihr angewendet oder ihr beigebracht hat.

§ 220. Wer die Leibesfrucht einer Schwangeren ohne deren Wissen oder Willen vorsätzlich abtreibt oder tödtet, wird mit Zuchthaus nicht unter zwei Jahren bestraft.

Ist durch die Handlung der Tod der Schwangeren verursacht worden, so tritt Zuchthausstrafe nicht unter zehn Jahren oder lebenslängliche Zuchthausstrafe ein.

§ 221. Wer eine wegen jugendlichen Alters, Gebrechlichkeit oder Krankheit hülflose Person aussetzt, oder wer eine solche Person, wenn dieselbe unter seiner Obhut steht oder wenn er für die Unterbringung, Fortschaffung oder Aufnahme derselben zu sorgen hat, in hülfloser Lage vorsätzlich verlässt, wird mit Gefängniss nicht unter drei Monaten bestraft.

Wird die Handlung von leiblichen Eltern gegen ihr Kind begangen, so tritt Gefängnissstrafe nicht unter sechs Monaten ein.

Ist durch die Handlung eine schwere Körperverletzung der ausgesetzten oder verlassenen Person verursacht worden, so tritt Zuchthausstrafe bis zu zehn Jahren und, wenn durch die Handlung der Tod verursacht worden ist, Zuchthausstrafe nicht unter drei Jahren ein.

§ 222. Wer durch Fahrlässigkeit den Tod eines Menschen verursacht, wird mit Gefängniss bis zu drei Jahren bestraft.

Wenn der Thäter zu der Aufmerksamkeit, welche er aus den Augen setzte, ver-

möge seines Amtes, Berufes oder Gewerbes besonders verpflichtet war, so kann die Strafe bis auf fünf Jahre Gefängniss erhöht werden.

§ 223. Wer vorsätzlich einen Anderen körperlich misshandelt oder an der Gesundheit beschädigt, wird wegen Körperverletzung mit Gefängniss bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bis zu eintausend Mark bestraft.

Ist die Handlung gegen Verwandte aufsteigender Linie begangen, so ist auf Gefängniss nicht unter Einem Monat zu erkennen.

§ 223a. Ist die Körperverletzung mittels einer Waffe, insbesondere eines Messers oder eines anderen gefährlichen Werkzeuges, oder mittels eines hinterlistigen Ueberfalls, oder von Mehreren gemeinschaftlich, oder mittels einer das Leben gefährdenden Behandlung begangen, so tritt Gefängnissstrafe nicht unter zwei Monaten ein.

§ 224. Hat die Körperverletzung zur Folge, dass der Verletzte ein wichtiges Glied des Körpers, das Sehvermögen auf einem oder beiden Augen, das Gehör, die Sprache oder die Zeugungsfähigkeit verliert, oder in erheblicher Weise dauernd entstellt wird, oder in Siechthum, Lähmung oder Geisteskrankheit verfällt, so ist auf Zuchthaus bis zu fünf Jahren oder Gefängniss nicht unter Einem Jahre zu erkennen.

§ 225. War eine der vorbezeichneten Folgen beabsichtigt und eingetreten, so ist auf Zuchthaus von zwei bis zu zehn Jahren zu erkennen.

§ 226. Ist durch die Körperverletzung der Tod des Verletzten verursacht worden, so ist auf Zuchthaus nicht unter drei Jahren oder Gefängniss nicht unter drei Jahren zu erkennen.

§ 230. Wer durch Fahrlässigkeit die Körperverletzung eines Anderen verursacht, wird mit Geldstrafe bis zu neunhundert Mark oder mit Gefängniss bis zu zwei Jahren bestraft.

War der Thäter zu der Aufmerksamkeit, welche er aus den Augen setzte, vermöge seines Amtes, Berufes oder Gewerbes besonders verpflichtet, so kann die Strafe auf drei Jahre Gefängniss erhöht werden.

§ 231. In allen Fällen der Körperverletzung kann auf Verlangen des Verletzten neben der Strafe auf eine an denselben zu erlegende Busse bis zum Betrage von sechstausend Mark erkannt werden.

Eine erkannte Busse schliesst die Geltendmachung eines weiteren Entschädigungsanspruches aus.

Für diese Busse haften die zu derselben Verurtheilten als Gesammtschuldner.

§ 232. Die Verfolgung leichter vorsätzlicher, sowie aller durch Fahrlässigkeit verursachter Körperverletzungen (§§ 223, 230) tritt nur auf Antrag ein, insofern nicht die Körperverletzung mit Uebertretung einer Amts-, Berufs- oder Gewerbepflicht begangen worden ist.

Ist das Vergehen gegen einen Angehörigen verübt, so ist die Zurücknahme des Antrages zulässig. . . . .

§ 239. Wer vorsätzlich und widerrechtlich einen Menschen einsperrt oder auf andere Weise des Gebrauches der persönlichen Freiheit beraubt, wird mit Gefängniss bestraft.

Wenn die Freiheitsentziehung über eine Woche gedauert hat, oder wenn eine schwere Körperverletzung des der Freiheit Beraubten durch die Freiheitsentziehung oder die ihm während derselben widerfahrene Behandlung verursacht worden ist, so ist auf Zuchthaus bis zu zehn Jahren zu erkennen. Sind mildernde Umstände vorhanden, so tritt Gefängnissstrafe nicht unter Einem Monat ein.

Ist der Tod des der Freiheit Beraubten durch die Freiheitsentziehung oder die ihm während derselben widerfahrene Behandlung verursacht worden, so ist auf Zuchthaus nicht unter 3 Jahren zu erkennen. Sind mildernde Umstände vorhanden, so tritt Gefängnissstrafe nicht unter drei Monaten ein.

§ 240. Wer einen anderen widerrechtlich durch Gewalt oder durch Bedrohung mit einem Verbrechen oder Vergehen zu einer Handlung, Duldung oder Unterlassung nöthigt, wird mit Gefängniss bis zu Einem Jahre oder mit Geldstrafe bis zu sechshundert Mark bestraft.

Der Versuch ist strafbar.

§ 266. Wegen Untreue werden mit Gefängniss, neben welchem auf Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte erkannt werden kann, bestraft:

1. Vormünder, Kuratoren, . . . . . Vollstrecker letztwilliger Verfügungen und Verwalter von Stiftungen, wenn sie absichtlich zum Nachtheile der ihrer Aufsicht anvertrauten Personen oder Sachen handeln; . . .

3. Feldmesser, . . . . und andere zur Betreibung ihres Gewerbes von der Obrigkeit verpflichtete Personen, wenn sie bei den ihnen übertragenen Geschäft absichtlich diejenigen benachtheiligen, deren Geschäfte sie besorgen.

Wird die Untreue begangen, um sich oder einem Anderen einen Vermögensvortheil zu verschaffen, so kann neben der Gefängnissstrafe auf Geldstrafe bis zu dreitausend Mark erkannt werden.

§ 267. Wer in rechtswidriger Absicht eine inländische oder ausländische öffentliche Urkunde oder eine solche Privaturkunde, welche zum Beweise von Rechten oder Rechtsverhältnissen von Erheblichkeit ist, verfälscht oder fälschlich anfertigt und von derselben zum Zwecke einer Täuschung Gebrauch macht, wird wegen Urkundenfälschung mit Gefängniss bestraft[1]).

Sind mildernde Umstände vorhanden, so tritt Gefängnissstrafe ein, welche bei der Fälschung einer Privaturkunde nicht unter Einer Woche, bei der Fälschung einer öffentlichen Urkunde nicht unter drei Monaten betragen soll. Neben der Gefängnissstrafe kann zugleich auf Geldstrafe bis zu dreitausend Mark erkannt werden.

§ 268. Eine Urkundenfälschung, welche in der Absicht begangen wird, sich oder einem anderen einen Vermögensvortheil zu verschaffen oder einem anderen Schaden zuzufügen, wird bestraft, wenn

1. die Urkunde eine Privaturkunde ist, mit Zuchthaus bis zu fünf Jahren, neben welchem auf Geldstrafe bis zu dreitausend Mark erkannt werden kann;

2. die Urkunde eine öffentliche ist, mit Zuchthaus bis zu zehn Jahren, neben welchem auf Geldstrafe von einhundertfünfzig bis sechstausend Mark erkannt werden kann.

§ 277. Wer unter der ihm nicht zustehenden Bezeichnung als Arzt oder als eine andere approbirte Medicinalperson oder unberechtigt unter dem Namen solcher Personen ein Zeugniss über seinen oder eines Anderen Gesundheitszustand ausstellt oder ein derartiges echtes Zeugniss verfälscht, und davon zur Täuschung von Behörden oder Versicherungsgesellschaften Gebrauch macht, wird mit Gefängniss bis zu Einem Jahre bestraft.

§ 278. Aerzte und andere approbirte Medicinalpersonen, welche ein unrichtiges Zeugniss über den Gesundheitszustand eines Menschen zum Gebrauche bei einer Behörde oder Versicherungsgesellschaft wider besseres Wissen ausstellen, werden mit Gefängniss von Einem Monat bis zu zwei Jahren bestraft.

§ 279. Wer, um eine Behörde oder eine Versicherungsgesellschaft über seinen oder eines Anderen Gesundheitszustand zu täuschen, von einem Zeugnisse der in den §§ 277 und 278 bezeichneten Art Gebrauch macht, wird mit Gefängniss bis zu Einem Jahre bestraft.

---

1) Hierher gehören auch Zeugnisse von Sachverständigen (Aerzten, Pflegern, Hebammen u. s. w.).

§ 280. Neben einer nach Vorschrift der §§ 267, 274, 275, 277 bis 279 erkannten Gefängnissstrafe kann auf Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte erkannt werden.

§ 300. Rechtsanwalte, Advokaten, Notare, Vertheidiger in Strafsachen, Aerzte, Wundärzte, Hebammen, Apotheker, sowie die Gehülfen dieser Personen werden[1]), wenn sie unbefugt Privatgeheimnisse offenbaren, die ihnen kraft ihres Amtes, Standes oder Gewerbes anvertraut sind, mit Geldstrafe bis zu eintausendfünfhundert Mark oder mit Gefängniss bis zu drei Monaten bestraft.

Die Verfolgung tritt nur auf Antrag ein.

§ 324[2]). Wer vorsätzlich Brunnen- oder Wasserbehälter, welche zum Gebrauche Anderer dienen, oder Gegenstände, welche zum öffentlichen Verkaufe oder Verbrauche bestimmt sind, vergiftet oder denselben Stoffe beimischt, von denen ihm bekannt ist, dass sie die menschliche Gesundheit zu zerstören geeignet sind, ingleichen wer solche vergiftete oder mit gefährlichen Stoffen vermischte Sachen wissentlich und mit Verschweigung dieser Eigenschaft verkauft, feilhält oder sonst in Verkehr bringt, wird mit Zuchthaus bis zu zehn Jahren, wenn durch die Handlung der Tod eines Menschen verursacht worden ist, mit Zuchthaus nicht unter zehn Jahren oder mit lebenslänglichem Zuchthaus bestraft.

§ 326. Ist eine der in den §§ 321—324 bezeichneten Handlungen aus Fahrlässigkeit begangen worden, so ist, wenn durch die Handlung ein Schaden verursacht worden ist, auf Gefängniss bis zu einem Jahre und, wenn der Tod eines Menschen verursacht worden ist, auf Gefängniss von Einem Monat bis zu drei Jahren zu erkennen[3]).

§ 327. Wer die Absperrungs- oder Aufsichtsmaassregeln oder Einfuhrverbote, welche von der zuständigen Behörde zur Verhütung des Einführens oder Verbreitens einer ansteckenden Krankheit angeordnet worden sind, wissentlich verletzt, wird mit Gefängniss bis zu zwei Jahren bestraft.

§ 360. Mit Geldstrafe bis zu einhundertfunfzig Mark oder mit Haft wird bestraft: . . . .

8. wer unbefugt eine Uniform, eine Amtskleidung, ein Amtszeichen, einen Orden oder ein Ehrenzeichen trägt, oder Titel[4]), Würden oder Adelsprädikate annimmt, . . .

10. wer bei Unglücksfällen oder gemeiner Gefahr oder Noth von der Polizeibehörde oder deren Stellvertreter zur Hülfe aufgefordert, keine Folge leistet, obwohl er der Aufforderung ohne erhebliche eigene Gefahr genügen konnte.

§ 367. Mit Geldstrafe bis zu einhundertfünfzig Mark oder mit Haft wird bestraft:

1. wer ohne Vorwissen der Behörde einen Leichnam beerdigt oder bei Seite schafft, oder wer unbefugt einen Theil einer Leiche aus dem Gewahrsam der dazu berechtigten Personen wegnimmt;

2. wer den polizeilichen Anordnungen über vorzeitige Beerdigungen entgegenhandelt;

3. wer ohne polizeiliche Erlaubniss Gift oder Arzneien, soweit der Handel mit denselben nicht freigegeben ist, zubereitet, feilhält, verkauft oder sonst an Andere überlässt; . . .

5. wer bei der Aufbewahrung oder bei der Beförderung von Giftwaaren, Schiesspulver oder Feuerwerken, oder bei der Aufbewahrung, Beförderung, Verausgabung

---

1) Z. B.: Heilgehülfen, Pfleger, Pflegerinnen, Wochenpflegerinnen.

2) Zu §§ 324, 326, 327, 360, 367 siehe die Anmerkung zu §§ 153—163.

3) Hierher gehört z. B. das Wegschütten nicht desinficirter Entleerungen von Typhuskranken u. s. w. in die Nähe von Brunnen, Wasserbehältern u. s. w.

4) Z. B.: den Titel „staatlich geprüfter Heilgehülfe und Masseur“.

oder Verwendung von Sprengstoffen oder anderen explodirenden Stoffen, oder bei Ausübung der Befugniss zur Zubereitung oder Feilhaltung dieser Gegenstände, sowie der Arzeneien die deshalb ergangenen Verordnungen nicht befolgt.

### 2. Strafprocessordnung vom 1. Februar 1877.

§ 81. Zur Vorbereitung eines Gutachtens über den Geisteszustand des Angeschuldigten kann das Gericht auf Antrag eines Sachverständigen nach Anhörung des Vertheidigers anordnen, dass der Angeschuldigte in eine öffentliche Irrenanstalt gebracht und dort beobachtet werde.

Dem Angeschuldigten, welcher einen Vertheidiger nicht hat, ist ein solcher zu bestellen.

Gegen den Beschluss findet sofortige Beschwerde statt. Dieselbe hat aufschiebende Wirkung.

Die Verwahrung in der Anstalt darf die Dauer von sechs Wochen nicht übersteigen.

§ 157. Sind Anhaltspunkte dafür vorhanden, dass Jemand eines nicht natürlichen Todes gestorben ist, oder wird der Leichnam eines Unbekannten gefunden, so sind die Polizei- und Gemeindebehörden zur sofortigen Anzeige an die Staatsanwaltschaft oder an den Amtsrichter verpflichtet.

Die Beerdigung darf nur auf Grund einer schriftlichen Genehmigung der Staatsanwaltschaft oder des Amtsrichters erfolgen.

§ 485. An schwangeren oder geisteskranken Personen darf ein Todesurtheil nicht vollstreckt werden.

§ 487. Die Vollstreckung einer Freiheitsstrafe ist aufzuschieben, wenn der Verurtheilte in Geisteskrankheit verfällt.

Dasselbe gilt bei anderen Krankheiten, wenn von der Vollstreckung eine nahe Lebensgefahr für den Verurtheilten zu besorgen steht.

Die Strafvollstreckung kann auch dann aufgeschoben werden, wenn sich der Verurtheilte in einem körperlichen Zustande befindet, bei welchem eine sofortige Vollstreckung mit der Einrichtung der Strafanstalt unverträglich ist.

§ 493. Ist der Verurtheilte nach Beginn der Strafvollstreckung wegen Krankheit in eine von der Strafanstalt getrennte Krankenanstalt gebracht worden, so ist die Dauer des Aufenthalts in der Krankenanstalt in die Strafzeit einzurechnen, wenn nicht der Verurtheilte mit der Absicht, die Strafvollstreckung zu unterbrechen, die Krankheit herbeigeführt hat.

Die Staatsanwaltschaft hat im letzteren Falle eine Entscheidung des Gerichts herbeizuführen.

## B. Bürgerliches Gesetzbuch, Einführungsgesetz zu dem Bürgerlichen Gesetzbuche, Civilprocessordnung.

### 1. Bürgerliches Gesetzbuch vom 18. August 1896.

§ 6. Entmündigt kann werden:

1. wer in Folge von Geisteskrankheit oder von Geistesschwäche seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag; . . . . . .

3. wer in Folge von Trunksucht seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag oder sich oder seine Familie der Gefahr des Nothstandes aussetzt oder die Sicherheit Anderer gefährdet.

Die Entmündigung ist wieder aufzuheben, wenn der Grund der Entmündigung wegfällt.

§ 104. Geschäftsunfähig ist:

1. wer nicht das siebente Lebensjahr vollendet hat;

2. wer sich in einem die freie Willensbestimmung ausschliessenden Zustande krankhafter Störung der Geistesthätigkeit befindet, sofern nicht der Zustand seiner Natur nach ein vorübergehender ist;

3. wer wegen Geisteskrankheit entmündigt ist.

§ 105. Die Willenserklärung eines Geschäftsunfähigen ist nichtig.

Nichtig ist auch eine Willenserklärung, die im Zustande der Bewusstlosigkeit oder vorübergehender Störung der Geistesthätigkeit abgegeben wird.

§ 114. Wer wegen Geistesschwäche oder wegen Trunksucht entmündigt oder wer nach § 1906 unter vorläufige Vormundschaft gestellt ist, steht in Ansehung der Geschäftsfähigkeit einem Minderjährigen gleich, der das siebente Lebensjahr vollendet hat.

§ 115. Wird ein die Entmündigung aussprechender Beschluss in Folge einer Anfechtungsklage aufgehoben, so kann die Wirksamkeit der von oder gegenüber dem Entmündigten vorgenommenen Rechtsgeschäfte nicht auf Grund des Beschlusses in Frage gestellt werden. Auf die Wirksamkeit der von oder gegenüber dem gesetzlichen Vertreter vorgenommenen Rechtsgeschäfte hat die Aufhebung keinen Einfluss.

Diese Vorschriften finden entsprechende Anwendung, wenn im Falle einer vorläufigen Vormundschaft der Antrag auf Entmündigung zurückgenommen oder rechtskräftig abgewiesen oder der die Entmündigung aussprechende Beschluss in Folge einer Anfechtungsklage aufgehoben wird.

§ 196. In zwei Jahren verjähren die Ansprüche: . . . .

11. der öffentlichen Anstalten, welche der Verpflegung oder Heilung dienen, sowie der Inhaber von Privatanstalten solcher Art für Gewährung von Verpflegung oder Heilung und für die damit zusammenhängenden Aufwendungen;

12. derjenigen, welche Personen zur Verpflegung oder zur Erziehung aufnehmen, für Leistungen und Aufwendungen der in No. 11 bezeichneten Art; . . . .

14. der Aerzte, insbesondere auch der Wundärzte, Geburtshelfer, Zahnärzte und Thierärzte, sowie der Hebammen für ihre Dienstleistungen, mit Einschluss der Auslagen;

§ 198. Die Verjährung beginnt mit der Entstehung des Anspruchs. Geht der Anspruch auf ein Unterlassen, so beginnt die Verjährung mit der Zuwiderhandlung.

§ 199. Kann der Berechtigte die Leistung erst verlangen, wenn er dem Verpflichteten gekündigt hat, so beginnt die Verjährung mit dem Zeitpunkte, von welchem an die Kündigung zulässig ist. Hat der Verpflichtete die Leistung erst zu bewirken, wenn seit der Kündigung eine bestimmte Frist verstrichen ist, so wird der Beginn der Verjährung um die Dauer der Frist hinausgeschoben.

§ 200. Hängt die Entstehung eines Anspruchs davon ab, dass der Berechtigte von einem ihm zustehenden Anfechtungsrechte Gebrauch macht, so beginnt die Verjährung mit dem Zeitpunkte, von welchem an die Anfechtung zulässig ist. Dies gilt jedoch nicht, wenn die Anfechtung sich auf ein familienrechtliches Verhältniss bezieht.

§ 201. Die Verjährung der in den §§ 196, 197 bezeichneten Ansprüche beginnt mit dem Schlusse des Jahres, in welchem der nach den §§ 198 bis 200 maassgebende Zeitpunkt eintritt. Kann die Leistung erst nach Ablauf einer über diesen Zeitpunkt hinausreichenden Frist verlangt werden, so beginnt die Verjährung mit dem Schlusse des Jahres, in welchem die Frist abläuft.

§ 202. Die Verjährung ist gehemmt, so lange die Leistung gestundet oder der

Verpflichtete aus einem anderen Grunde vorübergehend zur Verweigerung der Leistung berechtigt ist.

Diese Vorschrift findet keine Anwendung auf die Einrede des Zurückbehaltungsrechts, des nicht erfüllten Vertrags, der mangelnden Sicherheitsleistung, der Vorausklage, sowie auf die nach § 770 dem Bürgen und nach den §§ 2014, 2015 dem Erben zustehenden Einreden.

§ 203. Die Verjährung ist gehemmt, so lange der Berechtigte durch Stillstand der Rechtspflege innerhalb der letzten sechs Monate der Verjährungsfrist an der Rechtsverfolgung verhindert ist.

Das Gleiche gilt, wenn eine solche Verhinderung in anderer Weise durch höhere Gewalt herbeigeführt wird.

§ 205. Der Zeitraum, während dessen die Verjährung gehemmt ist, wird in die Verjährungsfrist nicht eingerechnet.

§ 208. Die Verjährung wird unterbrochen, wenn der Verpflichtete dem Berechtigten gegenüber den Anspruch durch Abschlagzahlung, Zinszahlung, Sicherheitsleistung oder in anderer Weise anerkennt.

§ 209. Die Verjährung wird unterbrochen, wenn der Berechtigte auf Befriedigung oder auf Feststellung des Anspruchs, auf Ertheilung der Vollstreckungsklausel oder auf Erlassung des Vollstreckungsurtheils Klage erhebt.

Der Erhebung der Klage stehen gleich:

1. die Zustellung eines Zahlungsbefehls im Mahnverfahren;

2. die Anmeldung des Anspruchs im Konkurse;

3. die Geltendmachung der Aufrechnung des Anspruchs im Processe:

4. die Streitverkündung in dem Processe, von dessen Ausgange der Anspruch abhängt:

5. die Vornahme einer Vollstreckungshandlung und, soweit die Zwangsvollstreckung den Gerichten oder anderen Behörden zugewiesen ist, die Stellung des Antrags auf Zwangsvollstreckung.

§ 217. Wird die Verjährung unterbrochen, so kommt die bis zur Unterbrechung verstrichene Zeit nicht in Betracht; eine neue Verjährung kann erst nach der Beendigung der Unterbrechung beginnen.

§ 222. Nach der Vollendung der Verjährung ist der Verpflichtete berechtigt, die Leistung zu verweigern.

Das zur Befriedigung eines verjährten Anspruchs Geleistete kann nicht zurückgefordert werden, auch wenn die Leistung in Unkenntniss der Verjährung bewirkt worden ist. Das Gleiche gilt von einem vertragsmässigen Anerkenntnisse sowie einer Sicherheitsleistung des Verpflichteten.

§ 254. Hat bei der Entstehung des Schadens ein Verschulden des Beschädigten mitgewirkt, so hängt die Verpflichtung zum Ersatze sowie der Umfang des zu leistenden Ersatzes von den Umständen, insbesondere davon ab, inwieweit der Schaden vorwiegend von dem einen oder dem anderen Theile verursacht worden ist.

Dies gilt auch dann, wenn sich das Verschulden des Beschädigten darauf beschränkt, dass er unterlassen hat, den Schuldner auf die Gefahr eines ungewöhnlich hohen Schadens aufmerksam zu machen, die der Schuldner weder kannte noch kennen musste, oder dass er unterlassen hat, den Schaden abzuwenden oder zu mindern. Die Vorschrift des § 278 findet entsprechende Anwendung.

§ 278. Der Schuldner hat ein Verschulden seines gesetzlichen Vertreters und der Personen, deren er sich zur Erfüllung seiner Verbindlichkeit bedient, in gleichem Umfange zu vertreten wie eigenes Verschulden.

§ 394. Soweit eine Forderung der Pfändung nicht unterworfen ist, findet die

Aufrechnung gegen die Forderung nicht statt. Gegen die aus Kranken-, Hülfs- oder Sterbekassen, insbesondere aus Knappschaftskassen und Kassen der Knappschaftsvereine, zu beziehenden Hebungen können jedoch geschuldete Beträge ausgerechnet werden.

§ 544. Ist eine Wohnung oder ein anderer zum Aufenthalte von Menschen bestimmter Raum so beschaffen, dass die Benutzung mit einer erheblichen Gefährdung der Gesundheit verbunden ist, so kann der Miether das Miethverhältniss ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, auch wenn er die gefahrbringende Beschaffenheit bei dem Abschlusse des Vertrags gekannt oder auf die Geltendmachung der ihm wegen dieser Beschaffenheit zustehenden Rechte verzichtet hat.

§ 616. Der zur Dienstleistung Verpflichtete wird des Anspruchs auf die Vergütung nicht dadurch verlustig, dass er für eine verhältnissmässig nicht erhebliche Zeit durch einen in seiner Person liegenden Grund ohne sein Verschulden an der Dienstleistung verhindert wird. Er muss sich jedoch den Betrag anrechnen lassen, welcher ihm für die Zeit der Verhinderung aus einer auf Grund gesetzlicher Verpflichtung bestehenden Kranken- oder Unfallversicherung zukommt.

§ 617. Ist bei einem dauernden Dienstverhältniss, welches die Erwerbsfähigkeit des Verpflichteten vollständig oder hauptsächlich in Anspruch nimmt, der Verpflichtete in die häusliche Gemeinschaft aufgenommen, so hat der Dienstberechtigte ihm im Falle der Erkrankung die erforderliche Verpflegung und ärztliche Behandlung bis zur Dauer von sechs Wochen, jedoch nicht über die Beendigung des Dienstverhältnisses hinaus, zu gewähren, sofern nicht die Erkrankung von dem Verpflichteten vorsätzlich oder durch grobe Fahrlässigkeit herbeigeführt worden ist. Die Verpflegung und ärztliche Behandlung kann durch Aufnahme des Verpflichteten in eine Krankenanstalt gewährt werden. Die Kosten können auf die für die Zeit der Erkrankung geschuldete Vergütung angerechnet werden. Wird das Dienstverhältniss wegen der Erkrankung von dem Dienstberechtigten nach § 626 gekündigt, so bleibt die dadurch herbeigeführte Beendigung des Dienstverhältnisses ausser Betracht.

Die Verpflichtung des Dienstberechtigten tritt nicht ein, wenn für die Verpflegung und ärztliche Behandlung durch eine Versicherung oder durch eine Einrichtung der öffentlichen Krankenpflege Vorsorge getroffen ist.

§ 618. Der Dienstberechtigte hat Räume, Vorrichtungen oder Geräthschaften die er zur Verrichtung der Dienste zu beschaffen hat, so einzurichten und zu unterhalten und zu Dienstleistungen, die unter seiner Anordnung oder seiner Leitung vorzunehmen sind, so zu regeln, dass der Verpflichtete gegen Gefahr für Leben und Gesundheit soweit geschützt ist, als die Natur der Dienstleistung es gestattel.

Ist der Verpflichtete in die häusliche Gemeinschaft aufgenommen, so hat der Dienstberechtigte in Ansehung des Wohn- und Schlafraumes, der Verpflegung sowie der Arbeits- und Erholungszeit diejenigen Einrichtungen und Anordnungen zu treffen, welche mit Rücksicht auf die Gesundheit, die Sittlichkeit und die Religion des Verpflichteten erforderlich sind.

Erfüllt der Dienstberechtigte die ihm in Ansehung des Lebens und der Gesundheit des Verpflichteten obliegenden Verpflichtungen nicht, so finden auf seine Verpflichtung zum Schadenersatze die für unerlaubte Handlungen geltenden Vorschriften der §§ 842 bis 846 entsprechende Anwendung.

§ 619. Die dem Dienstberechtigten nach den §§ 617, 618 obliegenden Verpflichtungen können nicht im Voraus durch den Vertrag aufgehoben oder beschränkt werden.

§ 760. Die Leibrente ist im Voraus zu entrichten.

Eine Geldrente ist für drei Monate vorauszuzahlen; bei einer anderen Rente

bestimmt sich der Zeitabschnitt, für den sie im Voraus zu entrichten ist, nach der Beschaffenheit und dem Zwecke der Rente.

Hat der Gläubiger den Beginn des Zeitabschnittes erlebt, für den die Rente im Voraus zu entrichten ist, so gebührt ihm der volle auf den Zeitabschnitt fallende Betrag.

§ 823. Wer vorsätzlich oder fahrlässig das Leben, den Körper, die Gesundheit, die Freiheit, das Eigenthum oder ein sonstiges Recht eines Anderen widerrechtlich verletzt, ist dem Anderen zum Ersatze des daraus entstehenden Schadens verpflichtet.

Die gleiche Verpflichtung trifft denjenigen, welcher gegen ein den Schutz eines Anderen bezweckendes Gesetz verstösst. Ist nach dem Inhalte des Gesetzes ein Verstoss gegen dieses auch ohne Verschulden möglich, so tritt die Ersatzpflicht nur im Falle des Verschuldens ein.

§ 825. Wer eine Frauensperson durch Hinterlist, durch Drohung oder unter Missbrauch eines Abhängigkeitsverhältnisses zur Gestattung der ausserehelichen Beiwohnung bestimmt, ist ihr zum Ersatze des daraus entstehenden Schadens verpflichtet.

§ 842. Die Verpflichtung zum Schadenersatze wegen einer gegen die Person gerichteten unerlaubten Handlung erstreckt sich auf die Nachtheile, welche die Handlung für den Erwerb oder das Fortkommen des Verletzten herbeiführt.

§ 843. Wird in Folge einer Verletzung des Körpers oder der Gesundheit die Erwerbsfähigkeit des Verletzten aufgehoben oder gemindert oder tritt eine Vermehrung seiner Bedürfnisse ein, so ist dem Verletzten durch Entrichtung einer Geldrente Schadenersatz zu leisten.

Auf die Rente finden die Vorschriften des § 760 Anwendung. Ob, in welcher Art und für welchen Betrag der Ersatzpflichtige Sicherheit zu leisten hat, bestimmt sich nach den Umständen.

Statt der Rente kann der Verletzte eine Abfindung in Kapital verlangen, wenn ein wichtiger Grund vorliegt.

Der Anspruch wird nicht dadurch ausgeschlossen, dass ein Anderer dem Verletzten Unterhalt zu gewähren hat.

§ 844. Im Falle der Tödtung hat der Ersatzpflichtige die Kosten der Beerdigung demjenigen zu ersetzen, welchem die Verpflichtung obliegt, diese Kosten zu tragen.

Stand der Getödtete zur Zeit der Verletzung zu einem Dritten in einem Verhältnisse, vermöge dessen er diesem gegenüber kraft Gesetzes unterhaltspflichtig war oder unterhaltspflichtig werden konnte, und ist dem Dritten in Folge der Tödtung das Recht auf den Unterhalt entzogen, so hat der Ersatzpflichtige dem Dritten durch Entrichtung einer Geldrente insoweit Schadenersatz zu leisten, als der Getödtete während der muthmasslichen Dauer seines Lebens zur Gewährung des Unterhalts verpflichtet gewesen sein würde; die Vorschriften des § 843 Abs. 2 bis 4 finden entsprechende Anwendung. Die Ersatzpflicht tritt auch dann ein, wenn der Dritte zur Zeit der Verletzung erzeugt, aber noch nicht geboren war.

§ 845. Im Falle der Tödtung, der Verletzung des Körpers oder der Gesundheit sowie im Falle der Freiheitsentziehung hat der Ersatzpflichtige, wenn der Verletzte kraft Gesetzes einem Dritten zur Leistung von Diensten in dessen Hauswesen oder Gewerbe verpflichtet war, dem Dritten für die entgehenden Dienste durch Entrichtung einer Geldrente Ersatz zu leisten. Die Vorschriften des § 843 Abs. 2 bis 4 finden entsprechende Anwendung.

§ 846. Hat in den Fällen der §§ 844, 845 bei der Entstehung des Schadens, den der Dritte erleidet, ein Verschulden des Verletzten mitgewirkt, so finden auf den Anspruch des Dritten die Vorschriften des § 254 Anwendung.

§ 847. Im Falle der Verletzung des Körpers oder der Gesundheit sowie im

Falle der Freiheitsentziehung kann der Verletzte auch wegen des Schadens, der nicht Vermögensschaden ist, eine billige Entschädigung in Geld verlangen. Der Anspruch ist nicht übertragbar und geht nicht auf die Erben über, es sei denn, dass er durch Vertrag anerkannt oder dass er rechtshängig geworden ist.

Ein gleicher Anspruch steht einer Frauensperson zu, gegen die ein Verbrechen oder Vergehen wider die Sittlichkeit begangen oder die durch Hinterlist, durch Drohung oder unter Missbrauch eines Abhängigkeitsverhältnisses zur Gestattung der ausserehelichen Beiwohnung bestimmt wird.

§ 1906. Ein Volljähriger, dessen Entmündigung beantragt ist, kann unter vorläufige Vormundschaft gestellt werden, wenn das Vormundschaftsgericht es zur Abwendung einer erheblichen Gefährdung der Person oder des Vermögens des Volljährigen für erforderlich erachtet.

§ 1907. Die Vorschriften über die Berufung zur Vormundschaft gelten nicht für die vorläufige Vormundschaft.

§ 1908. Die vorläufige Vormundschaft endigt mit der Rücknahme oder der rechtskräftigen Abweisung des Antrags auf Entmündigung.

Erfolgt die Entmündigung, so endigt die vorläufige Vormundschaft, wenn auf Grund der Entmündigung ein Vormund bestellt wird.

Die vorläufige Vormundschaft ist von dem Vormundschaftsgericht aufzuheben, wenn der Mündel des vorläufigen vormundschaftlichen Schutzes nicht mehr bedürftig ist.

§ 1910. Ein Volljähriger, der nicht unter Vormundschaft steht, kann einen Pfleger für seine Person und sein Vermögen erhalten, wenn er in Folge körperlicher Gebrechen, insbesondere weil er taub, blind oder stumm ist, seine Angelegenheiten, nicht zu besorgen vermag.

Vermag ein Volljähriger, der nicht unter Vormundschaft steht, in Folge geistiger oder körperlicher Gebrechen einzelne seiner Angelegenheiten oder einen bestimmten Kreis seiner Angelegenheiten, insbesondere seine Vermögensangelegenheiten, nicht zu besorgen, so kann er für diese Angelegenheiten einen Pfleger erhalten.

Die Pflegschaft darf nur mit Einwilligung des Gebrechlichen angeordnet werden, es sei denn, dass eine Verständigung mit ihm nicht möglich ist.

§ 2229. Wer in der Geschäftsfähigkeit beschränkt ist, bedarf zur Errichtung eines Testaments nicht der Zustimmung seines gesetzlichen Vertreters.

Ein Minderjähriger kann ein Testament erst errichten, wenn er das 16. Lebensjahr vollendet hat.

Wer wegen Geistesschwäche, Verschwendung oder Trunksucht entmündigt ist, kann ein Testament nicht errichten. Die Unfähigkeit tritt schon mit der Stellung des Antrags ein, auf Grund dessen die Entmündigung erfolgt.

§ 2230. Hat ein Entmündigter ein Testament errichtet, bevor der die Entmündigung aussprechende Beschluss unanfechtbar geworden ist, so steht die Entmündigung der Gültigkeit des Testaments nicht entgegen, wenn der Entmündigte noch vor dem Eintritte der Unanfechtbarkeit stirbt.

Das Gleiche gilt, wenn der Entmündigte nach der Stellung des Antrags auf Wiederaufhebung der Entmündigung ein Testament errichtet und die Entmündigung dem Antrage gemäss wieder aufgehoben wird.

§ 2231. Ein Testament kann in ordentlicher Form errichtet werden:

1. vor einem Richter oder vor einem Notar;

2. durch eine von dem Erblasser unter Angabe des Ortes und Tages eigenhändig geschriebene und unterschriebene Erklärung.

## 2. Einführungsgesetz zum bürgerlichen Gesetzbuche vom 18. August 1896.

Artikel 42. Das Gesetz, betreffend die Verbindlichkeit zum Schadenersatze für die bei dem Betriebe von Eisenbahnen, Bergwerken u. s. w. herbeigeführten Tödtungen und Körperverletzungen, vom 7. Juni 1871 (R.-G.-Bl., S. 207) wird dahin geändert:

I. An die Stelle des § 3 treten folgende Vorschriften:

§ 3. Im Falle der Tödtung ist der Schadenersatz (§§ 1 und 2) durch Ersatz der Kosten einer versuchten Heilung sowie des Vermögensnachtheils zu leisten, den der Getödtete dadurch erlitten hat, dass während der Krankheit seine Erwerbsfähigkeit aufgehoben oder gemindert oder eine Vermehrung seiner Bedürfnisse eingetreten war. Der Ersatzpflichtige hat ausserdem die Kosten der Beerdigung demjenigen zu ersetzen, dem die Verpflichtung obliegt, diese Kosten zu tragen.

Stand der Getödtete zur Zeit der Verletzung zu einem Dritten in einem Verhältnisse, vermöge dessen er diesem gegenüber kraft Gesetzes unterhaltspflichtig war oder unterhaltspflichtig werden konnte, und ist dem Dritten in Folge der Tödtung das Recht auf den Unterhalt entzogen, so hat der Ersatzpflichtige dem Dritten insoweit Schadenersatz zu leisten, als der Getödtete während der muthmaasslichen Dauer seines Lebens zur Gewährung des Unterhalts verpflichtet gewesen sein würde. Die Ersatzpflicht tritt auch dann ein, wenn der Dritte zur Zeit der Verletzung erzeugt, aber noch nicht geboren war.

§ 3a. Im Falle einer Körperverletzung ist der Schadenersatz (§§ 1 und 2) durch Ersatz der Kosten der Heilung sowie des Vermögensnachtheils zu leisten, den der Verletzte dadurch erleidet, dass in Folge der Verletzung zeitweise oder dauernd seine Erwerbsfähigkeit aufgehoben oder gemindert oder eine Vermehrung seiner Bedürfnisse eingetreten ist.

II. Im § 5 werden die Worte: „der in den §§ 1—3 enthaltenen Bestimmungen“ ersetzt durch die Worte:

„der in den §§ 1 bis 3a enthaltenen Bestimmungen“.

III. An die Stelle der §§ 7, 8, 9 treten folgende Vorschriften:

§ 7. Der Schadenersatz wegen Aufhebung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit und wegen Vermehrung der Bedürfnisse des Verletzten sowie der nach § 3 Abs. 2 einem Dritten zu gewährende Schadenersatz ist für die Zukunft durch Entrichtung einer Geldrente zu leisten.

Die Vorschriften des § 843 Abs. 2 bis 4 des Bürgerlichen Gesetzbuchs und des § 648 No. 6 der Civilprocessordnung finden entsprechende Anwendung. Das Gleiche gilt für die dem Verletzten zu entrichtende Geldrente von der Vorschrift des § 749 Abs. 3 und für die dem Dritten zu entrichtende Geldrente von der Vorschrift des § 749 Abs. 1 No. 2 der Civilprozessordnung.

Ist bei der Verurtheilung des Verpflichteten zur Entrichtung einer Geldrente nicht auf Sicherheitsleistung erkannt worden, so kann der Berechtigte gleichwohl Sicherheitsleistung verlangen, wenn die Vermögensverhältnisse des Verpflichteten sich erheblich verschlechtert haben; unter der gleichen Voraussetzung kann er eine Erhöhung der in dem Urtheile bestimmten Sicherheit verlangen.

§ 8. Die Forderungen auf Schadenersatz (§§ 1 bis 3a) verjähren in zwei Jahren von dem Unfall an. Gegen denjenigen, welchem der Getödtete Unterhalt zu gewähren hatte (§ 3 Abs. 2), beginnt die Verjährung mit dem Tode. Im Uebrigen finden die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs über die Verjährung Anwendung.

§ 9. Die gesetzlichen Vorschriften, nach welchen ausser den in diesem Gesetze vorgesehenen Fällen der Unternehmer einer in den §§ 1, 2 bezeichneten Anlage oder

eine andere Person, insbesondere wegen eines eigenen Verschuldens, für den bei dem Betriebe der Anlage durch Tödtung oder Körperverletzung eines Menschen entstandenen Schaden haftet, bleiben unberührt.

Artikel 67. Unberührt bleiben die landesgesetzlichen Vorschriften, welche dem Bergrecht angehören.

Ist nach landesgesetzlicher Vorschrift wegen Beschädigung eines Grundstücks durch Bergbau eine Entschädigung zu gewähren, so finden die Vorschriften der Artikel 52, 53 Anwendung, soweit nicht die Landesgesetze ein Anderes bestimmen.

Artikel 87. Unberührt bleiben die landesgesetzlichen Vorschriften, welche die Wirksamkeit von Schenkungen an Mitglieder religiöser Orden oder ordensähnlicher Congregationen von staatlicher Genehmigung abhängig machen.

Unberührt bleiben die landesgesetzlichen Vorschriften, nach welchen Mitglieder religiöser Orden oder ordensähnlicher Congregationen nur mit staatlicher Genehmigung von Todeswegen erwerben können. Die Vorschriften des Artikel 86 Satz 2 finden entsprechende Anwendung.

Mitglieder solcher religiöser Orden oder ordensähnlicher Congregationen, bei denen Gelübde auf Lebenszeit oder auf unbestimmte Zeit nicht abgelegt werden, unterliegen nicht den in den Abs. 1, 2 bezeichneten Vorschriften.

Artikel 95. Unberührt bleiben die landesgesetzlichen Vorschriften, welche dem Gesinderecht angehören. Dies gilt insbesondere auch von den Vorschriften über die Schadensersatzpflicht desjenigen, welcher Gesinde zum wiederrechtlichen Verlassen des Dienstes verleitet oder in Kenntniss eines noch bestehenden Gesindeverhältnisses in Dienst nimmt oder ein unrichtiges Dienstzeugniss ertheilt.

Die Vorschriften der §§ 104—115, 131, 278, 617—619, 624, 831, des § 840 Abs. 2 und des § 1358 des Bürgerlichen Gesetzbuchs finden Anwendung, die Vorschriften des § 617 jedoch nur insoweit, als die Landesgesetze dem Gesinde nicht weitergehende Ansprüche gewähren.

Ein Züchtigungsrecht steht dem Dienstberechtigten dem Gesinde gegenüber nicht zu.

Artikel 136. Unberührt bleiben die landesgesetzlichen Vorschriften, nach welchen

1. der Vorstand einer unter staatlicher Verwaltung oder Aufsicht stehenden Erziehungs- oder Verpflegungsanstalt oder ein Beamter alle oder einzelne Rechte und Pflichten eines Vormundes für diejenigen Minderjährigen hat, welche in der Anstalt oder unter der Aufsicht des Vorstandes oder des Beamten in einer von ihm ausgewählten Familie oder Anstalt erzogen oder verpflegt werden, und der Vorstand der Anstalt oder der Beamte auch nach der Beendigung der Erziehung oder der Verpflegung bis zur Volljährigkeit des Mündels diese Rechte und Pflichten behält, unbeschadet der Befugniss des Vormundschaftsgerichts, einen anderen Vormund zu bestellen;

2. die Vorschriften der Nr. 1 bei unehelichen Minderjährigen auch dann gelten, wenn diese unter der Aufsicht des Vorstandes oder des Beamten in der mütterlichen Familie erzogen oder verpflegt werden;

3. der Vorstand einer unter staatlicher Verwaltung oder Aufsicht stehenden Erziehungs- oder Verpflegungsanstalt oder ein von ihm bezeichneter Angestellter der Anstalt oder ein Beamter vor den nach § 1776 des Bürgerlichen Gesetzbuchs als Vormünder berufenen Personen zum Vormunde der in Nr. 1, 2 bezeichneten Minderjährigen bestellt werden kann;

4. im Falle einer nach den Vorschriften der Nr. 1—3 stattfindenden Bevormundung ein Gegenvormund nicht zu bestellen ist und dem Vormunde die nach § 1852 des Bürgerlichen Gesetzbuchs zulässigen Befreiungen zustehen.

Artikel 155. Wer zur Zeit des Inkrafttretens des Bürgerlichen Gesetzbuchs wegen Geisteskrankheit entmündigt ist, steht von dieser Zeit an einem nach den Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs wegen Geisteskrankheit Entmündigten gleich.

### 3. Civilprocessordnung vom 30. Januar 1877 und 17. Mai 1898.

§ 383. Zur Verweigerung des Zeugnisses sind berechtigt: . . . .

5. Personen, welchen kraft ihres Amtes, Standes oder Gewerbes[1]) Thatsachen anvertraut sind, deren Geheimhaltung durch die Natur derselben oder durch gesetzliche Vorschrift geboten ist, inbetreff der Thatsachen, auf welche die Verpflichtung zur Verschwiegenheit sich bezieht . . . .

Die Vernehmung der Nr. 4, 5 bezeichneten Personen ist, auch wenn das Zeugniss nicht verweigert wird, auf Thatsachen nicht zu richten, in Ansehung welcher erhellt, dass ohne Verletzung der Verpflichtung zur Verschwiegenheit ein Zeugniss nicht abgelegt werden kann.

§ 385. . . . .

Die im § 383 Nr. 4, 5 bezeichneten Personen dürfen das Zeugniss nicht verweigern, wenn sie von der Verpflichtung zur Verschwiegenheit entbunden sind.

§ 645. Die Entmündigung wegen Geisteskrankheit oder wegen Geistesschwäche erfolgt durch Beschluss des Amtsgerichts.

Der Beschluss wird nur auf Antrag erlassen.

§ 646. Der Antrag kann von dem Ehegatten, einem Verwandten oder demjenigen gesetzlichen Vertreter des zu Entmündigenden gestellt werden, welchem die Sorge für die Person zusteht. Gegen eine Person, welche unter elterlicher Gewalt oder unter Vormundschaft steht, kann der Antrag von einem Verwandten nicht gestellt werden. Gegen eine Ehefrau kann der Antrag von einem Verwandten nur gestellt werden, wenn auf Aufhebung der ehelichen Gemeinschaft erkannt ist, oder wenn der Ehemann die Ehefrau verlassen hat, oder wenn der Ehemann zur Stellung des Antrages dauernd ausser Stande oder sein Aufenthalt dauernd unbekannt ist.

In allen Fällen ist auch der Staatsanwalt bei dem vorgesetzten Landgerichte zur Stellung des Antrages befugt.

§ 656. Mit Zustimmung des Antragstellers kann das Gericht anordnen, dass der zu Entmündigende auf die Dauer von höchstens sechs Wochen in eine Heilanstalt gebracht werde, wenn dies nach ärztlichem Gutachten zur Feststellung des Geisteszustandes geboten erscheint und ohne Nachtheil für den Gesundheitszustand des zu Entmündigenden ausführbar ist. Vor der Entscheidung sind die im § 646 bezeichneten Personen soweit thunlich zu hören.

Gegen den Beschluss, durch welchen die Unterbringung angeordnet wird, steht dem zu Entmündigenden, dem Staatsanwalt und binnen der für den zu Entmündigenden laufenden Frist den sonstigen im § 646 bezeichneten Personen die sofortige Beschwerde zu.

§ 906. Gegen einen Schuldner, dessen Gesundheit durch die Vollstreckung der Haft einer nahen und erheblichen Gefahr ausgesetzt wird, darf, so lange dieser Zustand dauert, die Haft nicht vollstreckt werden.

---

1) Hierher gehören auch die Personen, die Kranke behandeln und pflegen.

## C. Das Reichsgesetz über die Beurkundung des Personenstandes vom 6. Februar 1870.

(Die durch das Einführungsgesetz zum Bürgerlichen Gesetzbuche [Artikel 46] gegebenen Zusätze sind eingefügt.)

§ 17. Jede Geburt eines Kindes ist innerhalb einer Woche dem Standesbeamten des Bezirks, in welchem die Niederkunft stattgefunden hat, anzuzeigen.

§ 18. Zur Anzeige sind verpflichtet:

1. der eheliche Vater,
2. die bei der Niederkunft zugegen gewesene Hebamme,
3. der dabei zugegen gewesene Arzt,
4. jede andere dabei zugegen gewesene Person [1]),
5. die Mutter, sobald sie dazu im Stande ist.

Jedoch tritt die Verpflichtung der in der vorstehenden Reihenfolge später genannten Personen nur dann ein, wenn ein früher genannter Verpflichteter nicht vorhanden oder derselbe an der Erstattung der Anzeige verhindert ist.

§ 19. Die Anzeige ist mündlich von dem Verpflichteten selbst oder durch eine andere aus eigener Wissenschaft unterrichtete Person zu machen [2]).

§ 20. Bei Geburten, welche sich in öffentlichen [3]) Entbindungs-, Hebammen-, Kranken-, Gefangenen- und ähnlichen Anstalten, sowie in Kasernen ereignen, trifft die Verpflichtung zur Anzeige ausschliesslich den Vorsteher der Anstalt oder den von der zuständigen Behörde ermächtigten Beamten. Es genügt eine schriftliche Anzeige in amtlicher Form.

§ 21. Der Standesbeamte ist verpflichtet, sich von der Richtigkeit der Anzeige (§§ 17 bis 20), wenn er dieselbe zu bezweifeln Anlass hat, in geeigneter Weise Ueberzeugung zu verschaffen.

§ 22. Die Eintragung des Geburtsfalles soll enthalten:

1. Vor- und Familiennamen, Stand oder Gewerbe und Wohnort des Anzeigenden;
2. Ort, Tag und Stunde der Geburt;
3. Geschlecht des Kindes;
4. Vornamen des Kindes;
5. Vor- und Familiennamen, Religion, Stand oder Gewerbe und Wohnort der Eltern.

Bei Zwillings- oder Mehrgeburten ist die Eintragung für jedes Kind besonders und so genau zu bewirken, dass die Zeitfolge der verschiedenen Geburten ersichtlich ist.

---

1) Z. B. Pflegerin, Wochenpflegerin. Sie ist nur zur Anzeige verpflichtet, wenn sie bei der Niederkunft zugegen gewesen ist und wenn Vater, Hebamme und Arzt nicht vorhanden oder an der Erstattung der Anzeige verhindert sind.

2) Schriftliche Anzeigen sind nicht gestattet, mit Ausnahme von § 20.

3) Unter „öffentlichen Anstalten“ sind im Sinne dieses Paragraphen nicht nur die vom Staate oder aus öffentlichen Mitteln (Stadt, Gemeinde, Kreis, Provinz) unterhaltenen, sondern auch diejenigen privaten Anstalten zu verstehen, die von Vereinen, Orden und Gesellschaften gegründet und unterhalten werden, sofern sie nicht die Erzielung von Ueberschüssen aus dem Betriebe bezwecken. Es kommen hier in Betracht Wöchnerinnenasyle, Kranken- oder Entbindungsanstalten, die von barmherzigen Schwestern, Diakonissen, Schwestern vom Rothen Kreuz u. A. geleitet werden und im Besitz der betreffenden Muttergesellschaften sind. Erfolgt die Niederkunft in einer Privatkranken- oder Entbindungsanstalt, so muss die Anmeldung nach § 19 mündlich erstattet werden.

Standen die Vornamen des Kindes zur Zeit der Anzeige noch nicht fest, so sind dieselben nachträglich und längstens binnen zwei Monaten nach der Geburt anzuzeigen. Ihre Eintragung erfolgt am Rande der ersten Eintragung.

§ 23. Wenn ein Kind todtgeboren oder in der Geburt verstorben ist, so muss die Anzeige spätestens am nächstfolgenden Tage geschehen. Die Eintragung ist alsdann mit dem im § 22 unter No. 1 bis 3 und 5 angegebenen Inhalte nur im Sterberegister zu machen.

§ 50. Der Standesbeamte soll ohne Aufgebot die Eheschliessung nur vornehmen, wenn ihm ärztlich bescheinigt wird, dass die lebensgefährliche Erkrankung eines der Verlobten den Aufschub der Eheschliessung nicht gestattet.

§ 56. Jeder Sterbefall ist spätestens am nächstfolgenden Wochentage dem Standesbeamten des Bezirks, in welchem der Tod erfolgt ist, anzuzeigen.

§ 57. Zu der Anzeige verpflichtet ist das Familienhaupt und wenn ein solches nicht vorhanden oder an der Anzeige behindert ist, Derjenige, in dessen Wohnung oder Behausung der Sterbefall sich ereignet hat.

§ 58. Die §§ 19 bis 21 kommen auch in Beziehung auf die Anzeige der Sterbefälle in Anwendung.

Findet eine amtliche Ermittelung über den Todesfall statt, so erfolgt die Eintragung auf Grund der schriftlichen Mittheilung der zuständigen Behörde.

§ 59. Die Eintragung des Sterbefalles soll enthalten:

1. Vor- und Familiennamen, Stand oder Gewerbe und Wohnort des Anzeigenden;
2. Ort, Tag und Stunde des erfolgten Todes;
3. Vor- und Familiennamen, Religion, Alter, Stand oder Gewerbe, Wohnort und Geburtsort des Verstorbenen;
4. Vor- und Familiennamen seines Ehegatten oder Vermerk, dass der Verstorbene ledig gewesen sei;
5. Vor- und Familiennamen, Stand oder Gewerbe und Wohnort der Eltern des Verstorbenen.

Soweit diese Verhältnisse unbekannt sind, ist dies bei der Eintragung zu vermerken.

§ 60. Ohne Genehmigung der Ortspolizeibehörde darf keine Beerdigung vor der Eintragung des Sterbefalles in das Sterberegister stattfinden. Ist die Beerdigung dieser Vorschrift entgegen geschehen, so darf die Eintragung des Sterbefalles nur mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde nach Ermittelung des Sachverhaltes erfolgen.

§ 67. Ein Geistlicher oder anderer Religionsdiener, welcher zu den religiösen Feierlichkeiten einer Eheschliessung schreitet, bevor ihm nachgewiesen worden ist, dass die Ehe vor dem Standesbeamten geschlossen sei, wird mit Geldstrafe bis zu dreihundert Mark oder mit Gefängniss bis zu drei Monaten bestraft.

Eine strafbare Handlung ist nicht vorhanden, wenn der Geistliche oder der Religionsdiener im Falle einer lebensgefährlichen, einen Aufschub nicht gestattenden Erkrankung eines der Verlobten zu den religiösen Feierlichkeiten der Eheschliessung schreitet.

§ 68. Wer den in den §§ 17 bis 20, 22 bis 24, 56 bis 58 vorgeschriebenen Anzeigepflichten nicht nachkommt, wird mit Geldstrafe bis zu einhundertfünfzig Mark oder mit Haft bestraft. Die Strafverfolgung tritt nicht ein, wenn die Anzeige, obwohl nicht von den zunächst Verpflichteten, doch rechtzeitig gemacht worden ist. . . . .

Die Standesbeamten sind ausserdem befugt, die zu Anzeigen oder zu sonstigen Handlungen auf Grund dieses Gesetzes Verpflichteten hierzu durch Geldstrafen anzuhalten, welche für jeden einzelnen Fall den Betrag von fünfzehn Mark nicht übersteigen dürfen.

## D. Die Gewerbeordnung für das Deutsche Reich in der Fassung vom 26. Juli 1900.

§ 1. Der Betrieb eines Gewerbes ist Jedermann gestattet, soweit nicht durch dieses Gesetz Ausnahmen oder Beschränkungen vorgeschrieben oder zugelassen sind.

§ 6. Das gegenwärtige Gesetz findet keine Anwendung auf die . . . . Errichtung und Verlegung von Apotheken, . . . . und die Rechtsverhältnisse der Schiffsmannschaften auf den Seeschiffen. — Auf das Bergwesen, die Ausübung der Heilkunde[1]), den Verkauf von Arzneimitteln . . . . findet das gegenwärtige Gesetz nur insoweit Anwendung, als dasselbe ausdrückliche Bestimmungen darüber enthält.

Durch Kaiserliche Verordnung wird bestimmt, welche Apothekerwaaren dem freien Verkehr zu überlassen sind.

§ 11. Das Geschlecht begründet in Beziehung auf die Befugniss zum selbständigen Betriebe eines Gewerbes keinen Unterschied.

Frauen, welche selbständig ein Gewerbe betreiben, können in Angelegenheiten ihres Gewerbes selbständig Rechtsgeschäfte abschliessen und vor Gericht auftreten, gleichviel ob sie verheirathet oder unverheirathet sind. Sie können sich in Betreff der Geschäfte aus ihrem Gewerbebetriebe auf die in den einzelnen Bundesstaaten bestehenden Rechtswohlthaten der Frauen nicht berufen. Es macht hierbei keinen Unterschied, ob sie das Gewerbe allein oder in Gemeinschaft mit anderen Personen, ob sie dasselbe in eigener Person oder durch einen Stellvertreter betreiben.

§ 14. Wer den selbständigen Betrieb eines stehenden Gewerbes anfängt, muss der für den Ort, wo solches geschieht nach den Landesgesetzen zuständigen Behörde[2]) gleichzeitig Anzeige davon machen[3]). Diese Anzeige liegt auch demjenigen ob, welcher zum Betriebe eines Gewerbes im Umherziehen befugt ist.

§ 15. Die Behörde bescheinigt innerhalb dreier Tage den Empfang der Anzeige.

Die Fortsetzung des Betriebes kann polizeilich verhindert werden, wenn ein Gewerbe, zu dessen Beginn eine besondere Genehmigung erforderlich ist, ohne diese Genehmigung begonnen wird.

§ 16. Zur Errichtung von Anlagen, welche durch die örtliche Lage oder die Beschaffenheit der Betriebsstätte für die Besitzer oder Bewohner der benachbarten Grundstücke oder für das Publikum überhaupt erhebliche Nachtheile, Gefahren oder Belästigungen herbeiführen können, ist die Genehmigung der nach den Landesgesetzen zuständigen Behörde erforderlich.

§ 20. Gegen den Bescheid ist Rekurs an die nächstvorgesetzte Behörde zulässig, welcher bei Verlust desselben binnen vierzehn Tagen, vom Tage der Eröffnung des Bescheides an gerechnet, gerechtfertigt werden muss.

---

1) Das Gewerbe der Krankenpflege, das heisst das Pflegen von Kranken gegen Lohn, gehört nach der Begründung des Gesetzes nicht zur Ausübung der Heilkunde, wohl aber die Ausübung der niederen Heilkunde durch Heilgehülfen, Masseure und ähnliche Personen.

2) Diese Behörde ist in den meisten Bundesstaaten die Gemeindebehörde (Magistrat, Stadtrath, Bürgermeister, Gemeindevorsteher, Orts- oder Gutsvorsteher) des Ortes, wo das Pflegegewerbe betrieben werden soll.

3) In Hamburg, Bremen und Lübeck müssen die Personen, welche als Krankenpfleger, Heildiener, Masseure u. s. w. thätig sein wollen, sich auch beim Medicinalamt anmelden. In den meisten übrigen Bundesstaaten haben sie sich bei dem zuständigen Medicinalbeamten (Kreisarzt, Bezirksarzt, Physikus) ihres Niederlassungsorts unter Angabe ihrer persönlichen Verhältnisse schriftlich oder mündlich zu melden.

Der Rekursbescheid ist den Parteien schriftlich zu eröffnen und muss mit Gründen versehen sein.

§ 21. Die näheren Bestimmungen über die Behörden und das Verfahren, sowohl in der ersten, als in der Rekurs-Instanz, bleiben den Landesgesetzen vorbehalten. Es sind jedoch folgende Grundsätze einzuhalten:

1. In erster oder in zweiter Instanz muss die Entscheidung durch eine kollegiale Behörde erfolgen. Diese Behörde ist befugt, Untersuchungen an Ort und Stelle zu veranlassen, Zeugen und Sachverständige zu laden und eidlich zu vernehmen, überhaupt den angetretenen Beweis in vollem Umfange zu erheben.

2. Bildet die kollegiale Behörde die erste Instanz, so ertheilt sie ihre Entscheidung in öffentlicher Sitzung, nach erfolgter Ladung und Anhörung der Parteien, auch in dem Falle, wenn zwar Einwendungen nicht angebracht sind, die Behörde aber nicht ohne weiteres die Genehmigung ertheilen will, und der Antragsteller innerhalb vierzehn Tagen nach Empfang des die Genehmigung versagenden oder nur unter Bedingungen ertheilenden Bescheides der Behörde auf mündliche Verhandlung anträgt.

3. Bildet die kollegiale Behörde die zweite Instanz, so ertheilt sie stets ihre Entscheidung in öffentlicher Sitzung, nach erfolgter Ladung und Anhörung der Parteien.

4. Als Parteien sind der Unternehmer (Antragsteller), sowie diejenigen Personen zu betrachten, welche Einwendungen erhoben haben.

5. Die Oeffentlichkeit der Sitzungen kann unter entsprechender Anwendung der §§ 173 bis 176 des Gerichtsverfassungsgesetzes[1]) ausgeschlossen oder beschränkt werden.

§ 22. Die durch unbegründete Einwendungen erwachsenden Kosten fallen dem Widersprechenden, alle übrigen Kosten, welche durch das Verfahren entstehen, dem Unternehmer zur Last.

§ 26. Soweit die bestehenden Rechte zur Abwehr benachtheiligender Einwirkungen, welche von einem Grundstück aus auf ein benachbartes Grundstück geübt werden, dem Eigenthümer oder Besitzer des letzteren eine Privatklage gewähren, kann diese Klage einer mit obrigkeitlicher Genehmigung errichteten gewerblichen Anlage gegenüber niemals auf Einstellung des Gewerbebetriebs, sondern nur auf Herstellung von Einrichtungen, welche die benachtheiligende Einwirkung ausschliessen, oder, wo solche Einrichtungen unthunlich oder mit einem gehörigen Betriebe des Gewerbes unvereinbar sind, auf Schadloshaltung gerichtet werden.

§ 27. Die Errichtung oder Verlegung solcher Anlagen, deren Betrieb mit ungewöhnlichem Geräusch verbunden ist, muss, sofern sie nicht schon nach den Vorschriften der §§ 16 bis 25 der Genehmigung bedarf, der Ortspolizeibehörde angezeigt werden. Letztere hat, wenn in der Nähe der gewählten Betriebsstätte Kirchen, Schulen oder andere öffentliche Gebäude, Krankenhäuser oder Heilanstalten vorhanden sind, deren bestimmungsmässige Benutzung durch den Gewerbebetrieb auf dieser

---

1) Die betreffenden §§ des Gerichtsverfassungsgesetzes lauten: § 173 In allen Sachen kann durch das Gericht für die Verhandlung oder einen Theil derselben die Oeffentlichkeit ausgeschlossen werden, wenn sie eine Gefährdung der öffentlichen Ordnung oder der Sittlichkeit besorgen lässt. § 174: Die Verkündung des Urtheils erfolgt in jedem Falle öffentlich. § 175: Ueber die Ausschliessung der Oeffentlichkeit wird in nicht öffentlicher Sitzung verhandelt. Der Beschluss, welcher die Oeffentlichkeit ausschliesst, muss öffentlich verkündet werden. § 176: Der Zutritt zu nicht öffentlichen Verhandlungen kann einzelnen Personen von dem Vorsitzenden gestattet werden.

Stelle eine erhebliche Störung erleiden würde, die Entscheidung der höheren Verwaltungsbehörde darüber einzuholen, ob die Ausübung des Gewerbes an der gewählten Betriebsstätte zu untersagen oder nur unter Bedingungen zu gestatten sei.

§ 29. Einer Approbation, welche auf Grund eines Nachweises der Befähigung ertheilt wird, bedürfen Apotheker und diejenigen Personen, welche sich als Aerzte (Wundärzte, Augenärzte, Geburtshelfer, Zahnärzte und Thierärzte) oder mit gleichbedeutenden Titeln bezeichnen oder seitens des Staates oder einer Gemeinde als solche anerkannt oder mit amtlichen Funktionen betraut werden sollen. Es darf die Approbation jedoch von der vorherigen akademischen Doctorpromotion nicht abhängig gemacht werden.

Der Bundesrath bezeichnet, mit Rücksicht auf das vorhandene Bedürfniss, in verschiedenen Theilen des Reichs die Behörden, welche für das ganze Reich gültige Approbationen zu ertheilen befugt sind, und erlässt die Vorschriften über den Nachweis der Befähigung. Die Namen der Approbirten werden von der Behörde, welche die Approbation ertheilt, in den vom Bundesrathe zu bestimmenden amtlichen Blättern veröffentlicht.

Personen, welche eine solche Approbation erlangt haben, sind innerhalb des Reichs in der Wahl des Ortes, wo sie ihr Gewerbe betreiben wollen, vorbehaltlich der Bestimmungen über die Errichtung und Verlegung von Apotheken (§ 6), nicht beschränkt.

Dem Bundesrathe bleibt vorbehalten, zu bestimmen, unter welchen Voraussetzungen Personen wegen wissenschaftlich erprobter Leistungen von der vorgeschriebenen Prüfung ausnahmsweise zu entbinden sind.

Personen, welche vor Verkündigung dieses Gesetzes in einem Bundesstaate die Berechtigung zum Gewerbebetriebe als Aerzte, Wundärzte, Zahnärzte, Geburtshelfer, Apotheker oder Thierärzte bereits erlangt haben, gelten als für das ganze Reich approbirt.

§. 30. Unternehmer von Privat-Kranken-, Privat-Entbindungs- und Privat-Irrenanstalten bedürfen einer Concession der höheren Verwaltungsbehörde. Die Concession ist nur zu versagen:

a) wenn Thatsachen vorliegen, welche die Unzuverlässigkeit des Unternehmers in Beziehung auf die Leitung oder Verwaltung der Anstalt darthun,

b) wenn nach den von dem Unternehmer einzureichenden Beschreibungen und Plänen die baulichen und die sonstigen technischen Einrichtungen der Anstalt den gesundheitspolizeilichen Anforderungen nicht entsprechen,

c) wenn die Anstalt nur in einem Theile eines auch von anderen Personen bewohnten Gebäudes untergebracht werden soll und durch ihren Betrieb für die Mitbewohner dieses Gebäudes erhebliche Nachtheile oder Gefahren hervorrufen kann,

d) wenn die Anstalt zur Aufnahme von Personen mit ansteckenden Krankheiten oder von Geisteskranken bestimmt ist und durch ihre örtliche Lage für die Besitzer oder Bewohner der benachbarten Grundstücke erhebliche Nachtheile oder Gefahren hervorrufen kann.

Vor Ertheilung der Concession sind über die Fragen c und d die Ortspolizei- und Gemeindebehörden zu hören.

Hebammen bedürfen eines Prüfungszeugnisses der nach den Landesgesetzen zuständigen Behörde.

§ 35. . . . der Betrieb von Badeanstalten ist zu untersagen, wenn Thatsachen vorliegen, welche die Unzuverlässigkeit des Gewerbetreibenden in Bezug auf diesen Gewerbebetrieb darthun . . .

Ist die Untersagung erfolgt, so kann die Landes-Centralbehörde oder eine an-

dere von ihr zu bestimmende Behörde die Wiederaufnahme des Gewerbebetriebes gestatten, sofern seit der Untersagung mindestens ein Jahr verflossen ist.

Personen, welche die in diesem Paragraphen bezeichneten Gewerbe beginnen, haben bei Eröffnung ihres Gewerbebetriebes der zuständigen Behörde hiervon Anzeige zu machen.

§ 40. Die in den §§ 29 bis 33a und im § 34 erwähnten Approbationen und Genehmigungen dürfen weder auf Zeit ertheilt, noch vorbehaltlich der Bestimmungen in den §§ 33a, 53 und 143 widerrufen werden.

Gegen Versagung der Genehmigung zum Betriebe eines der in den §§ 30, 30a, 32, 33, 33a und 34, sowie gegen Untersagung des Betriebes der in den §§ 33a, 35 und 37 erwähnten Gewerbe ist der Recurs zulässig. Wegen des Verfahrens und der Behörden gelten die Vorschriften der §§ 20 und 21.

§ 45. Die Befugnisse zum stehenden Gewerbebetriebe können durch Stellvertreter ausgeübt werden; diese müssen jedoch den für das in Rede stehende Gewerbe insbesondere vorgeschriebenen Erfordernissen genügen.

§ 46. Nach dem Tode eines Gewerbetreibenden darf das Gewerbe für Rechnung der Wittwe während des Wittwenstandes, oder, wenn minderjährige Erben vorhanden sind, für deren Rechnung durch einen nach § 45 qualificirten Stellvertreter betrieben werden, insofern die über den Betrieb einzelner Gewerbe bestehenden besonderen Vorschriften nicht ein Anderes anordnen. Dasselbe gilt während der Dauer einer Kuratel oder Nachlassregulirung.

§ 49. Bei Ertheilung der Genehmigung zu einer Anlage der in den §§ 16 und 24 bezeichneten Arten, imgleichen zur Anlegung von Privat-Kranken-, Privat-Entbindungs- und Privat-Irrenanstalten, . . . kann von der genehmigenden Behörde den Umständen nach eine Frist festgesetzt werden, binnen welcher die Anlage oder das Unternehmen bei Vermeidung des Erlöschens der Genehmigung begonnen und ausgeführt, und der Gewerbebetrieb angefangen werden muss. Ist eine solche Frist nicht bestimmt, so erlischt die ertheilte Genehmigung, wenn der Inhaber nach Empfang derselben ein ganzes Jahr verstreichen lässt, ohne davon Gebrauch zu machen.

Eine Verlängerung der Frist kann von der Behörde bewilligt werden, sobald erhebliche Gründe nicht entgegenstehen.

Hat der Inhaber einer solchen Genehmigung seinen Gewerbebetrieb während eines Zeitraums von drei Jahren eingestellt, ohne eine Fristung nachgesucht und erhalten zu haben, so erlischt dieselbe.

Für die im § 16 aufgeführten Anlagen darf die nachgesuchte Fristung so lange nicht versagt werden, als wegen einer durch Erbfall oder Konkurserklärung entstandenen Ungewissheit über das Eigenthum an einer Anlage oder in Folge höherer Gewalt der Betrieb entweder gar nicht oder nur mit erheblichem Nachtheile für den Inhaber oder Eigenthümer der Anlage stattfinden kann.

Das Verfahren für die Fristung ist dasselbe, wie für die Genehmigung neuer Anlagen.

§ 53. Die in dem § 29 bezeichneten Approbationen können von der Verwaltungsbehörde nur dann zurückgenommen werden, wenn die Unrichtigkeit der Nachweise dargethan wird, auf Grund deren solche ertheilt worden sind, oder wenn dem Inhaber der Approbation die bürgerlichen Ehrenrechte aberkannt sind, im letzteren Falle jedoch nur für die Dauer des Ehrenverlustes.

Ausser diesen Gründen können die in den §§ 30, 30a, 32, 33, 34 und 36 bezeichneten Genehmigungen und Bestallungen in gleicher Weise zurückgenommen werden, wenn aus Handlungen oder Unterlassungen des Inhabers der Mangel derjenigen Eigenschaften, welche bei der Ertheilung der Genehmigung oder Bestallung

nach der Vorschrift dieses Gesetzes vorausgesetzt werden mussten, klar erhellt. Inwiefern durch die Handlungen oder Unterlassungen eine Strafe verwirkt ist, bleibt der richterlichen Entscheidung vorbehalten . . .

§ 54. Wegen des Verfahrens und der Behörden, welche in Bezug auf die untersagte Benutzung einer gewerblichen Anlage (§ 51), auf die Untersagung eines Gewerbebetriebes (§ 35), und die Zurücknahme einer Approbation, Genehmigung oder Bestallung (§§ 33a, 53) maassgebend sind, gelten die Vorschriften der §§ 20 und 21.

§ 56a. Ausgeschlossen vom Gewerbebetrieb im Umherziehen sind ferner:

1. die Ausübung der Heilkunde, insoweit der Ausübende für dieselbe nicht approbirt ist; . . .

§ 57. Der Wandergewerbeschein ist zu versagen:

1. wenn der Nachsuchende mit einer abschreckenden oder ansteckenden Krankheit behaftet oder in einer abschreckenden Weise entstellt ist. . . . .

§ 58. Der Wandergewerbeschein kann zurückgenommen werden, wenn sich ergiebt, dass eine der im § 57 Ziffer 1—4, § 57a oder 57b bezeichneten Voraussetzungen entweder zur Zeit der Ertheilung desselben bereits vorhanden gewesen, der Behörde aber unbekannt geblieben oder erst nach Ertheilung des Scheins eingetreten ist.

§ 62. Wer beim Gewerbebetriebe im Umherziehen andere Personen von Ort zu Ort mit sich führen will, bedarf der Erlaubniss derjenigen Behörde, welche den Wandergewerbeschein ertheilt hat, oder in deren Bezirk sich der Nachsuchende befindet. Die Erlaubniss wird in dem Wandergewerbescheine unter näherer Bezeichnung dieser Personen vermerkt.

Die Erlaubniss ist zu versagen, insoweit bei ihnen eine der im § 57 bezeichneten Voraussetzungen zutrifft; ausserdem darf dieselbe nur dann versagt werden, insoweit eine der im § 57a und § 57b bezeichneten Voraussetzungen vorliegt. Die Zurücknahme der Erlaubniss erfolgt nach Maassgabe des § 58 durch eine für deren Ertheilung zuständige Behörde.

§ 80. Die Bezahlung der approbirten Aerzte u. s. w. (§ 29 Abs. 1) bleibt der Vereinbarung überlassen. Als Norm für streitige Fälle im Mangel einer Vereinbarung können jedoch für dieselben Taxen von den Centralbehörden festgesetzt werden[1]).

§ 81b. Die Innungen sind befugt, ihre Wirksamkeit auf andere, den Innungsmitgliedern gemeinsame gewerbliche Interessen, als die im § 81a bezeichneten auszudehnen. Insbesondere steht ihnen zu: . . . .

3. Zur Unterstützung ihrer Mitglieder und deren Angehörigen, ihrer Gesellen (Gehülfen), Lehrlinge und Arbeiter in Fällen der Krankheit, des Todes, der Arbeitsunfähigkeit oder sonstiger Bedürftigkeit Cassen zu errichten. . . . .

§ 90. Auf Innungskrankenkassen finden ausser den Vorschriften des § 73 des Krankenversicherungsgesetzes auch die §§ 34—38, 45 Abs. 5, § 47 Abs. 3—6 des letzteren entsprechende Anwendung[2]). Jedoch kann die Cassenverwaltung ausschliesslich den Gesellen (Gehülfen) und Arbeitern übertragen, und unter der Voraussetzung, dass die Innungsmitglieder die Hälfte der Cassenbeiträge aus eigenen Mitteln bestreiten, beschlossen werden, dass der Vorsitzende sowie die Hälfte der Mitglieder des Vorstandes und der Generalversammlung von der Innung zu bestellen sind.

---

1) Dies gilt für Aerzte, Wundärzte, Augenärzte, Geburtshelfer, Zahnärzte, Thierärzte u. s. w. Die Gebühren der staatlich geprüften Heilgehülfen, Masseure, Krankenpfleger können auf Grund des Landesrechts erlassen werden, da die die Taxen ausschliessende Vorschrift des § 72 der R.-G.-O. sich nur auf die Materien bezieht, deren Regelung der R.-G.-O. unterliegt. Entsch. d. Reichs-Ger. i. Str. Bd. XIII. S. 259.

2) Siehe die betreffenden §§ in Theil II, Abschnitt I, A, 1, a: Krankenversicherungsgesetz.

§ 120a. Die Gewerbeunternehmer sind verpflichtet, die Arbeitsräume, Betriebsvorrichtungen, Maschinen und Geräthschaften so einzurichten und zu unterhalten und den Betrieb so zu regeln, dass die Arbeiter gegen Gefahren für Leben und Gesundheit soweit geschützt sind, wie es die Natur des Betriebes gestattet.

Insbesondere ist für genügendes Licht, ausreichenden Luftraum und Luftwechsel, Beseitigung des bei dem Betrieb entstehenden Staubes, der dabei entwickelten Dünste und Gase sowie der dabei entstehenden Abfälle Sorge zu tragen.

Ebenso sind diejenigen Vorrichtungen herzustellen, welche zum Schutze der Arbeiter gegen gefährliche Berührungen mit Maschinen oder Maschinentheilen oder gegen andere in der Natur der Betriebsstätte oder des Betriebs liegende Gefahren, namentlich auch gegen die Gefahren, welche aus Fabrikbränden erwachsen können, erforderlich sind. . . . .

§ 120d. Die zuständigen Polizeibehörden sind befugt, im Wege der Verfügung für einzelne Anlagen die Ausführung derjenigen Maassnahmen anzuordnen, welche zur Durchführung der in §§ 120a bis 120c enthaltenen Grundsätze erforderlich und nach der Beschaffenheit der Anlage ausführbar erscheinen. . . . .

Gegen die Verfügung der Polizeibehörde steht dem Gewerbeunternehmer binnen zwei Wochen die Beschwerde an die höhere Verwaltungsbehörde zu. Gegen die Entscheidung der höheren Verwaltungsbehörde ist binnen vier Wochen die Beschwerde an die Centralbehörde zulässig; diese entscheidet endgültig. Widerspricht die Verfügung den von der Berufsgenossenschaft erlassenen Vorschriften zur Verhütung von Unfällen, so ist zur Einlegung der vorstehend bezeichneten Rechtsmittel binnen der dem Gewerbeunternehmer zustehenden Frist auch der Vorstand der Berufsgenossenschaft befugt.

§ 120e. Durch Beschluss des Bundesraths können Vorschriften darüber erlassen werden, welchen Anforderungen in bestimmten Arten von Anlagen zur Durchführung der in den §§ 120a bis 120c enthaltenen Grundsätze zu genügen ist.

Soweit solche Vorschriften durch Beschluss des Bundesraths nicht erlassen sind, können dieselben durch Anordnung der Landes-Centralbehörden oder durch Polizeiverordnungen der zum Erlass solcher berechtigten Behörden erlassen werden. Vor dem Erlass solcher Anordnungen und Polizeiverordnungen ist den Vorständen der betheiligten Berufsgenossenschaften oder Berufsgenossenschafts-Sectionen Gelegenheit zu einer gutachtlichen Aeusserung zu geben. Auf diese finden die Bestimmungen des § 79 Absatz 1 des Gesetzes, betreffend die Unfallversicherung der Arbeiter, vom 6. Juni 1884 (Reichs-Gesetzbl. S. 69) Anwendung. . . . .

Die durch Beschluss des Bundesraths erlassenen Vorschriften sind durch das Reichs-Gesetzblatt zu veröffentlichen und dem Reichstag bei seinem nächsten Zusammentritt zur Kenntnissnahme vorzulegen.

§ 137. . . . .

Wöchnerinnen dürfen während vier Wochen nach ihrer Niederkunft überhaupt nicht und während der folgenden zwei Wochen nur beschäftigt werden, wenn das Zeugniss eines approbirten Arztes dies für zulässig erklärt.

§ 139a. Der Bundesrath ist ermächtigt:

1. die Verwendung von Arbeiterinnen sowie von jugendlichen Arbeitern für gewisse Fabrikationszweige, welche mit besonderen Gefahren für Gesundheit oder Sittlichkeit verbunden sind, gänzlich zu untersagen oder von besonderen Bedingungen abhängig zu machen;

§ 143. Die Berechtigung zum Gewerbebetriebe kann, abgesehen von den in den Reichsgesetzen vorgesehenen Fällen ihrer Entziehung, weder durch richterliche, noch administrative Entscheidung entzogen werden.

§ 144. Inwiefern, abgesehen von den Vorschriften über die Entziehung des Gewerbebetriebes (§ 143), Zuwiderhandlungen der Gewerbetreibenden gegen ihre Berufspflichten ausser den in diesem Gesetz erwähnten Fällen einer Strafe unterliegen, ist nach den darüber bestehenden Gesetzen zu beurtheilen.

Jedoch werden aufgehoben die für Medicinalpersonen bestehenden besonderen Bestimmungen, welche ihnen unter Androhung von Strafen einen Zwang zu ärztlicher Hülfe auferlegen[1]).

§ 147. Mit Geldstrafe bis zu dreihundert Mark und im Unvermögensfalle mit Haft wird bestraft:

wer den selbständigen Betrieb eines stehenden Gewerbes, zu dessen Beginn eine besondere polizeiliche Genehmigung (Concession, Approbation, Bestallung) erforderlich ist, ohne die vorschriftsmässige Genehmigung unternimmt oder fortsetzt oder von den in der Genehmigung festgesetzten Bedingungen abweicht;

2. wer eine gewerbliche Anlage zu der mit Rücksicht auf die Lage oder Beschaffenheit der Betriebsstätte oder des Locals eine besondere Genehmigung erforderlich ist (§§ 16 und 24), ohne diese Genehmigung errichtet, oder die wesentlichen Bedingungen, unter welchen die Genehmigung ertheilt worden, nicht innehält, oder ohne neue Genehmigung eine wesentliche Veränderung der Betriebsstätte oder eine Verlegung des Locals oder eine wesentliche Veränderung in dem Betriebe der Anlage vornimmt;

3. wer, ohne hierzu approbirt zu sein, sich als Arzt (Wundarzt, Augenarzt, Geburtshelfer, Zahnarzt, Thierarzt) bezeichnet oder sich einen ähnlichen Titel beilegt, durch den der Glauben erweckt wird, der Inhaber desselben sei eine geprüfte Medicinalperson;

§ 148. Mit Geldstrafe bis zu einhundertfünfzig Mark und im Unvermögensfalle mit Haft bis zu vier Wochen wird bestraft:

1. wer ausser den im § 147 vorgesehenen Fällen ein stehendes Gewerbe beginnt, ohne dasselbe vorschriftsmässig anzuzeigen; . . . .

7a. wer dem § 56 Absatz 1, Absatz 2 Ziffer 1 bis 5, 7 bis 11 Absatz 3, § 56a oder 56b zuwiderhandelt;

§ 151. Sind bei der Ausübung des Gewerbes polizeiliche Vorschriften von Personen übertreten worden, welche der Gewerbetreibende zur Leitung des Betriebes oder eines Theiles desselben oder zur Beaufsichtigung bestellt hatte, so trifft die Strafe diese letzteren. Der Gewerbetreibende ist neben denselben strafbar, wenn die Uebertretung mit seinem Vorwissen begangen ist, oder wenn er bei der nach den Verhältnissen möglichen eigenen Beaufsichtigung des Betriebes, oder bei der Auswahl oder der Beaufsichtigung der Betriebsleiter oder Aufsichtspersonen es an der erforderlichen Sorgfalt hat fehlen lassen.

Ist an eine solche Uebertretung der Verlust der Concession, Approbation oder Bestallung geknüpft, so findet derselbe auch als Folge der von dem Stellvertreter begangenen Uebertretung statt, wenn diese mit Vorwissen des verfügungsfähigen Vertretenen begangen worden. Ist dies nicht der Fall, so ist der Vertretene bei Verlust der Concession, Approbation u. s. w. verpflichtet, den Stellvertreter zu entlassen.

---

1) Siehe die Anmerkung auf S. 739.

# Theil II. Besondere Bestimmungen.

## Abschnitt I. Besondere Bestimmungen über Krankenversorgung.

### A. Fürsorge für Arbeiter im Allgemeinen.

#### 1. Krankenversicherung.

a) Krankenversicherungsgesetz vom 15. Juni 1883 in der Fassung der Novelle vom 10. April 1892 und des Gesetzes vom 30. Juni 1900 (R.-G.-Bl. 1883, S. 73; 1892, S. 379; 1900, S. 332).

A. Versicherungszwang.

§ 1. Personen, welche gegen Gehalt oder Lohn beschäftigt sind:

1. in Bergwerken, Salinen, Aufbereitungsanstalten, Brüchen und Gruben, in Fabriken und Hüttenwerken, beim Eisenbahn-, Binnenschifffahrts- und Baggereibetriebe, auf Werften und bei Bauten;
2. im Handelsgewerbe, im Handwerk und in sonstigen stehenden Gewerbebetrieben[1]);

2a. in dem Geschäftsbetriebe der Anwälte, Notare und Gerichtsvollzieher, der Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Versicherungsanstalten;

3. in Betrieben, in denen Dampfkessel oder durch elementare Kraft (Wind, (Wasser, Dampf, Gas, heisse Luft u. s. w.) bewegte Triebwerke zur Verwendung kommen, sofern diese Verwendung nicht ausschliesslich in vorübergehender Benutzung einer nicht zur Betriebsanlage gehörenden Kraftmaschine besteht,

sind mit Ausnahme der Gehülfen und Lehrlinge in Apotheken, sowie der im § 2 unter Ziffer 2 bis 6 aufgeführten Personen, sofern nicht die Beschäftigung durch die Natur ihres Gegenstandes oder im Voraus durch den Arbeitsvertrag auf einen Zeitraum von weniger als einer Woche beschränkt ist, nach Maassgabe der Vorschriften dieses Gesetzes gegen Krankheit zu versichern.

Dasselbe gilt von Personen, welche in dem gesammten Betriebe der Post- und Telegraphenverwaltungen, sowie in den Betrieben der Marine- und Heeresverwaltungen gegen Gehalt oder Lohn beschäftigt sind und nicht bereits auf Grund der vorstehenden Bestimmungen der Krankenversicherungspflicht unterliegen.

Die Besatzung von Seeschiffen, auf welche die Vorschriften der §§ 48 und 49 der Seemannsordnung vom 27. December 1872 (Reichs-Gesetzbl. S. 409) Anwendung finden, unterliegt der Versicherungspflicht nicht.

Handlungsgehülfen und -Lehrlinge unterliegen der Versicherungspflicht nur, sofern durch Vertrag die ihnen nach Artikel 60 des deutschen Handelsgesetzbuchs zustehenden Rechte aufgehoben oder beschränkt sind.

Als Gehalt oder Lohn im Sinne des Gesetzes gelten auch Tantièmen und Naturalbezüge. Für die letzteren wird der Durchschnittswerth in Ansatz gebracht; dieser Werth wird von der unteren Verwaltungsbehörde festgesetzt.

§ 2. Durch statutarische Bestimmung einer Gemeinde für ihren Bezirk, oder eines weiteren Communalverbandes für seinen Bezirk oder Theile desselben, kann die Anwendung der Vorschriften des § 1 erstreckt werden:

---

1) Die in Privatheilanstalten beschäftigten Personen sind ebenfalls versicherungspflichtig (Entsch. d. preuss. Oberverwaltungsgerichts vom 5. Januar 1893).

1. auf diejenigen im § 1 bezeichneten Personen, deren Beschäftigung durch die Natur ihres Gegenstandes oder im Voraus durch den Arbeitsvertrag auf einen Zeitraum von weniger als einer Woche beschränkt ist;

2. auf die in Communalbetrieben und im Communaldienste[1]) beschäftigten Personen, auf welche die Anwendung des § 1 nicht durch anderweite reichsgesetzliche Vorschriften erstreckt ist,

3. auf diejenigen Familienangehörigen eines Betriebsunternehmers, deren Beschäftigung in dem Betriebe nicht auf Grund eines Arbeitsvertrages stattfindet;

4. auf selbständige Gewerbetreibende, welche in eigenen Betriebsstätten im Auftrage und für Rechnung anderer Gewerbetreibender mit der Herstellung oder Bearbeitung gewerblicher Erzeugnisse beschäftigt werden (Hausindustrie), und zwar auch für den Fall, dass sie die Roh- und Hülfsstoffe selbst beschaffen, und auch für die Zeit, während welcher sie vorübergehend für eigene Rechnung arbeiten;

5. auf Handlungsgehülfen und -Lehrlinge, soweit dieselben nicht nach § 1 versicherungspflichtig sind.

6. auf die in der Land- und Forstwirthschaft beschäftigten Arbeiter und Betriebsbeamten.

Die auf Grund dieser Vorschrift ergehenden statutarischen Bestimmungen müssen die genaue Bezeichnung derjenigen Klassen von Personen, auf welche die Anwendung der Vorschriften des § 1 erstreckt werden soll, und in den Fällen der Ziffern 1 und 4 Bestimmungen über die Verpflichtung zur An- und Abmeldung, sowie über die Verpflichtung zur Einzahlung der Beiträge enthalten.

Sie bedürfen der Genehmigung der höheren Verwaltungsbehörde und sind in der für Bekanntmachungen der Gemeindebehörden vorgeschriebenen oder üblichen Form zu veröffentlichen.

Auf die im Abs. 1 Ziffer 4 bezeichneten Gewerbetreibenden kann die Anwendung der Vorschriften des § 1 auch durch Beschluss des Bundesraths erstreckt werden. Die Anordnung kann auch für bestimmte Gewerbszweige und für örtliche Bezirke erfolgen.

§ 2a. Die Anwendung der Vorschriften des § 1 kann auch auf solche in Betrieben oder im Dienste des Reichs oder eines Staates beschäftigte Personen erstreckt werden, welche der Krankenversicherungspflicht nicht bereits nach gesetzlichen Bestimmungen unterliegen. Die Erstreckung erfolgt durch Verfügung des Reichskanzlers beziehungsweise der Centralbehörde.

§ 2b. Betriebsbeamte, Werkmeister und Techniker, Handlungsgehülfen und -Lehrlinge, sowie die unter § 1 Absatz 1 Ziffer 2a fallenden Personen unterliegen der Versicherungspflicht nur, wenn ihr Arbeitsverdienst an Lohn oder Gehalt sechszweidrittel Mark für den Arbeitstag oder, sofern Lohn oder Gehalt nach grösseren Zeitabschnitten bemessen ist, zweitausend Mark für das Jahr gerechnet, nicht übersteigt.

Dasselbe gilt von anderen unter § 2 Absatz 1 Ziffer 2 und § 2a fallenden Personen, soweit sie Beamte sind.

§ 3. Personen des Soldatenstandes, sowie solche in Betrieben oder im Dienste des Reichs, eines Staates oder Communalverbandes beschäftigte Personen, welche dem Reich, Staat oder Communalverbande gegenüber in Krankheitsfällen Anspruch auf Fortzahlung des Gehalts oder des Lohnes mindestens für dreizehn Wochen nach der Erkrankung oder auf eine den Bestimmungen des § 6 entsprechende Unterstützung haben, sind von der Versicherungspflicht ausgenommen.

---

1) Z. B. auch das Wartepersonal in communalen Krankenanstalten (s. Pflegepersonal.)

§ 3a. Auf ihren Antrag sind von der Versicherungspflicht zu befreien:

1. Personen, welche infolge von Verletzungen, Gebrechen, chronischen Krankheiten oder Alter nur theilweise oder nur zeitweise erwerbsfähig sind, wenn der unterstützungspflichtige Armenverband der Befreiung zustimmt,

2. Personen, welchen gegen ihren Arbeitgeber für den Fall der Erkrankung ein Rechtsanspruch auf eine den Bestimmungen des § 6 entsprechende oder gleichwerthige Unterstützung zusteht, sofern die Leistungsfähigkeit des Arbeitgebers zur Erfüllung des Anspruchs gesichert ist.

Wird der Antrag auf Befreiung von der Verwaltung der Gemeinde-Krankenversicherung oder von dem Vorstande der Krankenkasse, welcher der Antragsteller angehören würde, abgelehnt, so entscheidet auf Anrufen des Antragstellers die Aufsichtsbehörde endgültig.

In dem Falle zu 2 gilt die eingeräumte Befreiung nur für die Dauer des Arbeitsvertrages. Sie erlischt vor Beendigung des Arbeitsvertrages:

a) wenn sie von der Aufsichtsbehörde wegen nicht genügender Leistungsfähigkeit des Arbeitgebers von Amtswegen oder auf Antrag eines Betheiligten aufgehoben wird,

b) wenn der Arbeitgeber die befreite Person zur Krankenversicherung anmeldet. Die Anmeldung ist ohne rechtliche Wirkung, wenn die befreite Person zur Zeit derselben bereits erkrankt war.

Insoweit im Erkrankungsfalle der gegen den Arbeitgeber bestehende Anspruch nicht erfüllt wird, ist auf Antrag der befreiten Person von der Gemeinde-Krankenversicherung oder von der Krankenkasse, welcher sie im Nichtbefreiungsfalle angehört haben würde, die gesetzliche oder statutenmässige Krankenunterstützung zu gewähren. Die zu dem Ende gemachten Aufwendungen sind von dem Arbeitgeber zu erstatten.

§ 3b. Auf den Antrag des Arbeitgebers sind von der Versicherungspflicht zu befreien Lehrlinge, welchen durch den Arbeitgeber für die während der Dauer des Lehrverhältnisses eintretenden Erkrankungsfälle der Anspruch auf freie Kur oder Verpflegung in einem Krankenhause auf die im § 6 Absatz 2 bezeichnete Dauer gesichert ist. Gleiches gilt von Personen, welche im Falle der Arbeitslosigkeit in einer die Versicherungspflicht begründenden Art in Wohlthätigkeitsanstalten beschäftigt werden, deren Zweck darin besteht, arbeitslosen Personen vorübergehend Beschäftigung zu gewähren (Arbeiterkolonien u. dgl.).

Die Bestimmungen des § 3a Absatz 2 bis 4 finden entsprechende Anwendung.

## B. Gemeinde-Krankenversicherung.

§ 4. Für alle versicherungspflichtigen Personen, welche nicht
einer Ortskrankenkasse (§ 16),
einer Betriebs- (Fabrik-) Krankenkasse (§ 59),
einer Baukrankenkasse (§ 69),
einer Innungskrankenkasse (§ 73),
einer Knappschaftkasse (§ 74)
angehören, tritt, vorbehaltlich der Bestimmung des § 75, die Gemeinde-Krankenversicherung ein.

Personen der in §§ 1 bis 3 bezeichneten Art, welche der Versicherungspflicht nicht unterliegen und deren jährliches Gesammteinkommen zweitausend Mark nicht übersteigt, sowie Dienstboten sind berechtigt, der Gemeinde-Krankenversicherung der Gemeinde, in deren Bezirk sie beschäftigt sind, beizutreten. Durch statutarische Bestimmung (§ 2) kann auch anderen nichtversicherungspflichtigen Personen die Aufnahme in die Gemeinde-Krankenversicherung gestattet oder das Recht des Beitritts

eingeräumt werden, sofern ihr jährliches Gesammteinkommen zweitausend Mark nicht übersteigt.

Der Beitritt der Berechtigten erfolgt durch schriftliche oder mündliche Erklärung beim Gemeindevorstande, gewährt aber keinen Anspruch auf Unterstützung im Falle einer bereits zur Zeit dieser Erklärung eingetretenen Erkrankung. Die Gemeinde ist berechtigt, nichtversicherungspflichtige Personen, welche sich zum Beitritt melden, einer ärztlichen Untersuchung unterziehen zu lassen, und, wenn diese eine bereits bestehende Krankheit ergiebt, von der Versicherung zurückzuweisen.

Freiwillig Beigetretene, welche die Versicherungsbeiträge (§ 5) an zwei aufeinander folgenden Zahlungsterminen nicht geleistet haben, scheiden damit aus der Gemeinde-Krankenversicherung aus.

§ 5. Denjenigen Personen, für welche die Gemeinde-Krankenversicherung eintritt, ist von der Gemeinde, in deren Bezirk sie beschäftigt sind, im Falle einer Krankheit oder durch Krankheit herbeigeführten Erwerbsunfähigkeit Krankenunterstützung zu gewähren.

Von denselben hat die Gemeinde Krankenversicherungsbeiträge (§ 9) zu erheben.

§ 5a. Für Personen, welche in Gewerbebetrieben beschäftigt sind, deren Natur es mit sich bringt, dass einzelne Arbeiten an wechselnden Orten ausserhalb der Betriebsstörung ausgeführt werden, gilt auch für die Zeit, während welcher sie mit solchen Arbeiten beschäftigt sind, als Beschäftigungsort der Sitz des Gewerbebetriebs.

Werden versicherungspflichtige Personen von einer öffentlichen oder privaten Betriebsverwaltung mit Arbeiten beschäftigt, welche an wechselnden, in verschiedenen Gemeindebezirken belegenen Orten anzuführen sind, so gilt, falls nicht nach Anhörung der betheiligten Verwaltung und Gemeinden oder weiteren Communalverbänden von der höheren Verwaltungsbehörde etwas anderes bestimmt wird, als Beschäftigungsort diejenige Gemeinde, in welcher die mit der unmittelbaren Leitung jener Arbeiten betraute Stelle ihren Sitz hat.

Für Personen, welche in der Land- oder Forstwirthschaft zur Beschäftigung an wechselnden, in verschiedenen Gemeindebezirken belegenen Orten angenommen sind, gilt als Beschäftigungsort der Sitz des Betriebes (§ 44 des Gesetzes vom 5. Mai 1886, Reichs-Gesetzbl. S. 132).

§ 6. Als Krankenunterstützung ist zu gewähren:

---

1) Nach der Entsch. des Bayer. Verwaltungsgerichtshofes vom 3. Juli 1897 ist es Pflicht der Krankenkasse dafür zu sorgen, dass der Erkrankte im Allgemeinen sowohl, als für den besonderen Krankheitsfall genügende ärztliche Hülfe findet. Während unter „ärztlicher Behandlung“ grundsätzlich eine solche durch einen „approbirten Arzt“ (§ 29 der G. O. siehe S. 757) zu verstehen ist, können Ausnahmefälle, in denen z. B. die Hülfe eines approbirten Arztes nicht zu erreichen war, auch die Zuziehung von nichtapprobirten Heilkundigen auf Kosten der Kasse rechtfertigen. Auch ist es nach dem Erlass des Sächsischen Min. des Innern vom 21. April 1893 zulässig, dass ein Kassenmitglied sich mit Zustimmung des Kassenvorstandes an einen Nichtarzt wendet und die Krankenkasse dann die Kosten des Heilverfahrens übernimmt. Das Preussische Oberverwaltungsgericht hat ferner durch Entsch. vom 22. October 1898 entschieden, dass wenn einmal das von der Aufsichtsbehörde genehmigte Statut der Kasse die Zuziehung von nicht approbirten Heilkundigen zur Behandlung der Kassenmitglieder gestattet hat, die Bescheinigung dieser Heilkundigen zur Erlangung des Krankengeldes gültig ist. Im Allgemeinen dürfen jedoch Nichtärzte nicht zu Kassenärzten bestellt oder mit der Ausstellung von Krankenscheinen beauftragt, demnach zu amtlichen Functionen herangezogen werden.

1. vom Beginn der Krankheit ab freie ärztliche Behandlung[1]), Arznei[2]), sowie Brillen, Bruchbänder und ähnliche Heilmittel;

2. im Falle der Erwerbsunfähigkeit vom dritten Tage nach dem Tage der Erkrankung ab für jeden Arbeitstag ein Krankengeld in Höhe der Hälfte des ortsüblichen Tagelohnes gewöhnlicher Tagearbeiter.

Die Krankenunterstützung endet spätestens mit dem Ablauf der dreizehnten Woche nach Beginn der Krankheit, im Falle der Erwerbsunfähigkeit spätestens mit dem Ablauf der dreizehnten Woche nach Beginn des Krankengeldbezuges. Endet der Bezug des Krankengeldes erst nach Ablauf der dreizehnten Woche nach dem Beginn der Krankheit, so endet mit dem Bezuge des Krankengeldes zugleich auch der Anspruch auf die im Absatz 1 unter Ziffer 1 bezeichneten Leistungen.

Das Krankengeld ist nach Ablauf jeder Woche zu zahlen.

§ 6a. Die Gemeinden sind ermächtigt, zu beschliessen:

1. dass Personen, welche der Versicherungspflicht nicht unterliegen und freiwillig der Gemeinde-Krankenversicherung beitreten, erst nach Ablauf einer auf höchstens sechs Wochen vom Beitritt ab zu bemessenden Frist Krankenunterstützung erhalten;

2. dass Versicherten, welche die Gemeinde-Krankenversicherung durch eine mit dem Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte bedrohte strafbare Handlung geschädigt haben, für die Dauer von zwölf Monaten seit Begehung der Strafthat, sowie dass Versicherten, welche sich eine Krankheit vorsätzlich oder durch schuldhafte Betheiligung bei Schlägereien oder Raufhändeln, durch Trunkfälligkeit oder geschlechtliche Ausschweifungen zugezogen haben, für diese Krankheit das Krankengeld gar nicht oder nur theilweise zu gewähren ist;

3. dass Versicherten, welche von der Gemeinde die Krankenunterstützung ununterbrochen oder im Laufe eines Zeitraums von zwölf Monaten für dreizehn Wochen bezogen haben, bei Eintritt eines neuen Unterstützungsfalles, sofern dieser durch die gleiche nicht gehobene Krankheitsursache veranlasst ist, im Laufe der nächsten zwölf Monate Krankenunterstützung nur für die Gesammtdauer von dreizehn Wochen zu gewähren ist;

4. dass Krankengeld allgemein oder unter bestimmten Voraussetzungen schon vom Tage des Eintritts der Erwerbsunfähigkeit ab, sowie für Sonn- und Festtage zu zahlen ist;

5. dass Versicherten auf ihren Antrag die im § 6, Absatz 1, Ziffer 1 bezeichneten Leistungen auch für ihre dem Krankenversicherungszwange nicht unterliegenden Familienangehörigen zu gewähren sind;

6. dass die ärztliche Behandlung, die Lieferung der Arznei und die Kur und Verpflegung nur durch bestimmte Aerzte, Apotheken und Krankenhäuser zu gewähren sind und die Bezahlung der durch Inanspruchnahme anderer Aerzte, Apotheken und

---

1) Siehe Anmerkung 1 auf S. 765.

2) Die meisten Krankenkassen entnehmen ihren Arzneivorrath aus den Apotheken. Die Kassen sind jedoch auch befugt, die dem freien Verkehr überlassenen Arzneien aus den Drogenhandlungen zu beziehen, auch nicht frei gegebene Arzneien können sie nach der Entsch. des O. L. G. in Frankfurt a. M. vom 15. Januar 1896 in grösseren Mengen beschaffen und an ihre Mitglieder auf ärztliche Verordnung unentgeltlich abgeben. Sie sind jedoch verpflichtet, die Arzneien nur den Apotheken und zwar den inländischen Apotheken zu entnehmen, während Verbandstoffe auch direct von Fabrikanten bezogen werden können. (Erlasse des Preuss. Min. der Medicinal-Ang. vom 18. Februar 1897 und vom 6. Januar 1899.)

Krankenhäuser entstandenen Kosten, von dringenden Fällen [1]) abgesehen, abgelehnt werden kann.

Die Gemeinden sind ferner ermächtigt, Vorschriften über die Krankenmeldung, über das Verhalten der Kranken und über die Krankenaufsicht zu erlassen und zu bestimmen, dass Versicherte, welche diesen Vorschriften oder den Anordnungen des behandelnden Arztes zuwiderhandeln, Ordnungsstrafen bis zu zwanzig Mark zu erlegen haben. Vorschriften dieser Art bedürfen der Genehmigung der Aufsichtsbehörde.

§ 7. An Stelle der im § 6 vorgeschriebenen Leistungen kann freie Kur und Verpflegung in einem Krankenhause gewährt werden [2]), und zwar:

1. für Diejenigen, welche verheirathet sind oder eine eigene Haushaltung haben, oder Mitglieder der Haushaltung ihrer Familie sind, mit ihrer Zustimmung, oder unabhängig von derselben, wenn die Art der Krankheit Anforderungen an die Behandlung oder Verpflegung stellt, welchen in der Familie des Erkrankten nicht genügt werden kann, oder wenn die Krankheit eine ansteckende ist, oder wenn der Erkrankte wiederholt den auf Grund des § 6a, Absatz 2, erlassenen Vorschriften zuwider gehandelt hat, oder wenn dessen Zustand oder Verhalten eine fortgesetzte Beobachtung erfordert;

2. für sonstige Erkrankte unbedingt.

Hat der in einem Krankenhause Untergebrachte Angehörige, deren Unterhalt er bisher aus seinem Arbeitsverdienst bestritten hat, so ist neben der freien Kur und Verpflegung die Hälfte des im § 6 als Krankengeld festgesetzten Betrages für diese Angehörigen zu zahlen. Die Zahlung kann unmittelbar an die Angehörigen erfolgen.

§ 8. Der Betrag des ortsüblichen Tagelohnes gewöhnlicher Tagearbeiter wird von der höheren Verwaltungsbehörde nach Anhörung der Gemeindebehörde festgesetzt und durch das für ihre amtlichen Bekanntmachungen bestimmte Blatt veröffentlicht. Aenderungen der Festsetzung treten erst sechs Monate nach der Veröffentlichung in Kraft.

---

1) Ein „dringender Fall" ist nach der Entsch. des Bayer. V.-G. vom 10. Februar 1896 dann anzunehmen, wenn ohne Gefahr einer Verschlimmerung oder einer erheblichen Steigerung oder Verlängerung der Schmerzen nicht bis zum Eintreffen des Kassenarztes hat gewartet werden können. Verzögert das Verhalten der Krankenkasse oder der Kassenärzte die Ueberweisung eines Erkrankten an einen Specialarzt ohne genügenden Grund, so darf dies dem Erkrankten nicht zum Schaden gereichen, vielmehr hat die Kasse dann auch für die ohne Ueberweisung erwachsenen specialärztlichen Kosten aufzukommen. Anderseits bildet nach der Entsch. des Bad. V.-G. vom 4. October 1894 die Schwere einer Krankheit oder die Schwierigkeit der ärztlichen Behandlung an sich keinen „dringenden Fall" im Sinne des Gesetzes (vergl. Rapmund-Dietrich a. a. O. SS. 401, 402).

2) Als Krankenhaus im Sinne dieses Paragraphen gilt jede Krankenanstalt im weiteren Sinne. Zur Krankenhausbehandlung gehören nach den Entscheidungen des Bad. V.-G. vom 2. November 1897 und vom 5. April 1898 auch die Kosten für den Transport eines Kranken in die Kranken-, Irren- oder Entbindungsanstalt, sowie die Kosten für die Ausstellung der Aufnahmezeugnisse (z. B. eines amtsärztlichen Zeugnisses behufs Aufnahme in eine Irrenanstalt).

Das erkrankte Kassenmitglied hat an und für sich keinen Anspruch auf Krankenhausbehandlung. Weigert es sich anderseits ohne Grund, sich in ein Krankenhaus aufnehmen zu lassen, so verliert es nach der Entsch. des Bad. V.-G. vom 7. Juni 1894 alle Ansprüche aus der Krankenversicherung für die Dauer der Weigerung (vergl. Rapmund-Dietrich a. a. O. S. 402).

Die Festsetzung findet für männliche und weibliche, für Personen über und unter sechszehn Jahren besonders statt. Für Personen unter sechszehn Jahren (jugendliche Personen) kann die Festsetzung getrennt für junge Leute zwischen vierzehn und sechszehn Jahren und für Kinder unter vierzehn Jahren vorgenommen werden. Für Lehrlinge gilt die für junge Leute getroffene Feststellung.

§ 9. Die von der Gemeinde zu erhebenden Versicherungsbeiträge sollen, so lange nicht nach Maassgabe des § 10 etwas anderes festgesetzt ist, einundeinhalb Procent des ortsüblichen Tagelohnes (§ 8) nicht übersteigen und sind mangels besonderer Beschlussnahme in dieser Höhe zu erheben. In Fällen der Gewährung der im § 6a, Absatz 1, Ziffer 5, bezeichneten besonderen Leistungen sind besondere von der Gemeinde-Krankenversicherung allgemein festzusetzende Zusatzbeiträge zu erheben.

Die Beiträge fliessen in eine besondere Kasse, aus welcher auch die Krankenunterstützungen zu bestreiten sind.

Die Einnahmen und Ausgaben dieser Kasse sind getrennt von den sonstigen Einnahmen und Ausgaben der Gemeinde festzustellen und zu verrechnen. Die Verwaltung der Kasse hat die Gemeinde unentgeltlich zu führen. Ein Jahresabschluss der Kasse nebst einer Uebersicht über die Versicherten und die Krankheitsverhältnise ist alljährlich der höheren Verwaltungsbehörde einzureichen.

Reichen die Bestände der Krankenversicherungkasse nicht aus, um die fällig werdenden Ausgaben derselben zu decken, so sind aus der Gemeindekasse die erforderlichen Vorschüsse zu leisten, welche ihr, vorbehaltlich der Bestimmungen des § 10, demnächst aus der Krankenversicherungskasse mit ihrem Reservefonds zu erstatten sind.

§ 10. Ergiebt sich aus den Jahresabschlüssen, dass die gesetzlichen Krankenversicherungsbeiträge zur Deckung der gesetzlichen Krankenunterstützungen nicht ausreichen, so können mit Genehmigung der höheren Verwaltungsbehörde die Beiträge bis zu zwei Procent des ortsüblichen Tagelohnes (§ 8) erhöht werden.

Ueberschüsse der Einnahmen über die Ausgaben, welche nicht zur Deckung etwaiger Vorschüsse der Gemeinde in Anspruch genommen werden, sind zunächst zur Ansammlung eines Reservefonds zu verwenden.

Ergeben sich aus den Jahresabschlüssen dauernd Ueberschüsse der Einnahmen aus Beiträgen über die Ausgaben, so sind nach Ansammlung eines Reservefonds im Betrage der durchschnittlichen Jahresausgabe der letzten drei Jahre zunächst die Beiträge bis zu einundeinhalb Procent des ortsüblichen Tagelohnes (§ 8) zu ermässigen. Verbleiben alsdann noch Ueberschüsse, so hat die Gemeinde zu beschliessen, ob eine weitere Herabsetzung der Beiträge oder eine Erhöhung oder Erweiterung der Unterstützungen eintreten soll. Erfolgt eine Beschlussnahme nicht, so kann die höhere Verwaltungsbehörde die Herabsetzung der Beiträge verfügen.

§ 11. Personen, für welche die Gemeinde-Krankenversicherung eingetreten ist, behalten, wenn sie aus der dieselbe begründenden Beschäftigung ausscheiden und nicht zu einer Beschäftigung übergehen, vermöge welcher sie nach Vorschrift dieses Gesetzes Mitglied einer Krankenkasse werden, den Anspruch auf Krankenunterstützung, solange sie die Versicherungsbeiträge fortzahlen und entweder im Gemeindebezirk ihres bisherigen Aufenthaltes verbleiben, oder in dem Gutsbezirk ihren Aufenthalt nehmen, in welchem sie zuletzt beschäftigt wurden.

§§ 12 bis 14 handeln von der Vereinigung mehrerer Gemeinden zu einer gemeinsamen Gemeinde-Krankenversicherung, sowie das Eintreten des weiteren Communalverbandes für die Gemeinde-Krankenversicherung der ihm angehörenden Gemeinden an die Stelle der einzelnen Gemeinden.

§ 15. Für Gemeinden, welche nach den Landesgesetzen den nach Vorschrift

dieses Gesetzes versicherungspflichtigen Personen Krankenunterstützung gewähren und dagegen zur Erhebung bestimmter Beiträge berechtigt sind, gilt die landesgesetzlich geregelte Krankenversicherung als Gemeinde-Krankenversicherung im Sinne dieses Gesetzes, sofern die Unterstützung den Anforderungen dieses Gesetzes genügt und höhere Beiträge, als nach demselben zulässig sind, nicht erhoben werden. . . . .

### C. Ortskrankenkassen.

§ 16. Die Gemeinden sind berechtigt, für die in ihrem Bezirk beschäftigten versicherungspflichtigen Personen Ortskrankenkassen zu errichten, sofern die Zahl der in der Kasse zu versichernden Personen mindestens einhundert beträgt.

Die Vorschriften des § 5a finden auch hier Anwendung.

Die Ortskrankenkassen sollen in der Regel für die in einem Gewerbszweige oder in einer Betriebsart beschäftigten Personen errichtet werden.

Die Errichtung gemeinsamer Ortskrankenkassen für mehrere Gewerbszweige oder Betriebsarten ist zulässig, wenn die Zahl der in den einzelnen Gewerbszweigen und Betriebsarten beschäftigten Personen weniger als einhundert beträgt.

Gewerbszweige oder Betriebsarten, in welchen einhundert Personen oder mehr beschäftigt werden, können mit anderen Gewerbszweigen oder Betriebsarten zu einer gemeinsamen Ortskrankenkasse nur vereinigt werden, nachdem den in ihnen beschäftigten Personen Gelegenheit zu einer Aeusserung über die Errichtung der gemeinsamen Kasse gegeben worden ist. Wird in diesem Falle Widerspruch erhoben, so entscheidet über die Zulässigkeit der Errichtung die höhere Verwaltungsbehörde.

§ 17. Durch Anordnung der höheren Verwaltungsbehörde kann die Gemeinde verpflichtet werden, für die in einem Gewerbszweige oder in einer Betriebsart beschäftigten Personen eine Ortskrankenkasse zu errichten, wenn dies von Betheiligten beantragt wird und diesem Antrage, nachdem sämmtlichen Betheiligten zu einer Aeusserung darüber Gelegenheit gegeben ist, mehr als die Hälfte derselben und mindestens einhundert beitreten.

Dasselbe gilt von der Errichtung einer gemeinsamen Ortskrankenkasse für mehrere Gewerbszweige oder Betriebsarten, wenn dem Antrage mehr als die Hälfte der in jedem Gewerbszweige oder in jeder Betriebsart beschäftigten Personen und im Ganzen mindestens einhundert beitreten.

Gegen die Verfügung der höheren Verwaltungsbehörde, durch welche die Errichtung einer gemeinsamen Ortskrankenkasse angeordnet wird, steht der Gemeinde innerhalb vier Wochen die Beschwerde an die Centralbehörde zu.

Gemeinden, welche dieser Verpflichtung innerhalb der von der höheren Verwaltungsbehörde zu bestimmenden Frist nicht nachkommen, dürfen von denjenigen Personen, für welche die Errichtung einer Ortskrankenkasse angeordnet ist, Versicherungsbeiträge zur Gemeinde-Krankenversicherung (§ 5 Absatz 2) nicht erheben.

§ 18. Beträgt die Zahl der in einem Gewerbszweige oder einer Betriebsart beschäftigten Personen weniger als einhundert, so kann die Errichtung einer Ortskrankenkasse gestattet werden, wenn die dauernde Leistungsfähigkeit der Kasse in einer von der höheren Verwaltungsbehörde für ausreichend erachteten Weise sichergestellt ist.

§ 18a. Die Gemeinden sind berechtigt, Gewerbszweige oder Betriebsarten, für welche eine Ortskrankenkasse nicht besteht, einer bestehenden Ortskrankenkasse nach Anhörung derselben, und nachdem den betheiligten Versicherungspflichtigen Gelegenheit zu einer Aeusserung darüber gegeben worden ist, zuzuweisen. Die Zuweisung soll thunlichst an eine für verwandte Gewerbszweige oder Betriebsarten bestehende Ortskrankenkasse erfolgen.

Gegen den Bescheid, durch welchen die Zuweisung ausgesprochen wird, steht der Kasse innerhalb vier Wochen nach der Zustellung die Beschwerde an die höhere Verwaltungsbehörde zu.

§ 19. Die Gewerbszweige und Betriebsarten, für welche eine Ortskrankenkasse errichtet wird, sind in dem Kassenstatut (§ 23) zu bezeichnen.

Die in diesen Gewerbszweigen und Betriebsarten beschäftigten Personen werden, soweit sie versicherungspflichtig sind, vorbehaltlich der Bestimmung des § 75, mit dem Tage, an welchem sie in die Beschäftigung eintreten, Mitglieder der Kasse, sofern sie nicht vermöge ihrer Beschäftigung einer der in §§ 59, 69, 73, 74 bezeichneten Kassen angehören.

Soweit sie nicht versicherungspflichtig sind, haben sie das Recht, der Kasse beizutreten, sofern ihr jährliches Gesammteinkommen zweitausend Mark nicht übersteigt. Der Beitritt erfolgt durch schriftliche oder mündliche Anmeldung bei dem Kassenvorstand oder der auf Grund des § 49 Absatz 5 errichteten Meldestelle, gewährt aber keinen Anspruch auf Unterstützung im Falle einer bereits zur Zeit dieser Anmeldung eingetretenen Erkrankung. Die Kasse ist berechtigt, nichtversicherungspflichtige Personen, welche sich zum Beitritt melden, einer ärztlichen Untersuchung unterziehen zu lassen und ihre Aufnahme abzulehnen, wenn die Untersuchung eine bereits bestehende Krankheit ergiebt.

Sind mehrere Gewerbszweige oder Betriebsarten zu einem Betriebe vereinigt, so gehören die in diesem beschäftigten versicherungspflichtigen Personen derjenigen Ortskrankenkasse an, welche für den Gewerbszweig oder die Betriebsart errichtet ist, in denen die Mehrzahl dieser Personen beschäftigt ist. Im Zweifel entscheidet nach Anhörung des Betriebsunternehmers, der Vorstände der betheiligten Kassen und der Aufsichtsbehörde, die höhere Verwaltungsbehörde endgültig.

Der Austritt ist versicherungspflichtigen Personen mit dem Schlusse des Rechnungsjahres zu gestatten, wenn sie denselben spätestens drei Monate zuvor bei dem Vorstande beantragen und vor dem Austritt nachweisen, dass sie Mitglieder einer der im § 75 bezeichneten Kassen geworden sind.

Die Mitgliedschaft nichtversicherungspflichtiger Personen erlischt, wenn sie die Beiträge an zwei auf einander folgenden Zahlungsterminen nicht geleistet haben.

§ 20. Die Ortskrankenkassen sollen mindestens gewähren:

1. im Falle einer Krankheit oder durch Krankheit herbeigeführten Erwerbsunfähigkeit eine Krankenunterstützung, welche nach §§ 6, 7, 8 mit der Maassgabe zu bemessen ist, dass der durchschnittliche Tagelohn derjenigen Klassen der Versicherten, für welche die Kasse errichtet wird, soweit er drei Mark für den Arbeitstag nicht überschreitet, an die Stelle des ortsüblichen Tagelohns gewöhnlicher Tagearbeiter tritt.

2. eine Unterstützung in Höhe des Krankengeldes an Wöchnerinnen, welche innerhalb des letzten Jahres, vom Tage der Entbindung ab gerechnet, mindestens sechs Monate hindurch einer auf Grund dieses Gesetzes errichteten Kasse oder einer Gemeinde-Krankenversicherung angehört haben, auf die Dauer von mindestens vier Wochen nach ihrer Niederkunft, und soweit ihre Beschäftigung nach den Bestimmungen der Gewerbeordnung für eine längere Zeit untersagt ist, für diese Zeit[1]);

3. für den Todesfall eines Mitgliedes ein Sterbegeld im zwanzigfachen Betrage des durchschnittlichen Tagelohnes (Ziffer 1).

Die Feststellung des durchschnittlichen Tagelohnes kann auch unter Berücksichtigung der zwischen den Kassenmitgliedern hinsichtlich der Lohnhöhe bestehenden Verschiedenheiten klassenweise erfolgen. Der durchschnittliche Tagelohn einer Classe darf in diesem Falle nicht über den Betrag von vier Mark festgestellt werden.

---

1) Siehe Gewerbeordnung für das Deutsche Reich § 137, S. 760.

Verstirbt ein als Mitglied der Kasse Erkrankter nach Beendigung der Krankenunterstützung, so ist das Sterbegeld zu gewähren, wenn die Erwerbsunfähigkeit bis zum Tode fortgedauert hat und der Tod in Folge derselben Krankheit vor Ablauf eines Jahres nach Beendigung der Krankenunterstützung eingetreten ist.

Das Sterbegeld ist zunächst zur Deckung der Kosten des Begräbnisses bestimmt und in dem aufgewendeten Betrage Demjenigen auszuzahlen, welcher das Begräbniss besorgt. Ein etwaiger Ueberschuss ist dem hinterbliebenen Ehegatten, in Ermangelung eines solchen den nächsten Erben auszuzahlen. Sind solche Personen nicht vorhanden, so verbleibt der Ueberschuss der Kasse.

§ 21. Eine Erhöhung und Erweiterung der Leistungen der Ortskrankenkassen ist in folgendem Umfange zulässig:

1. Die Dauer der Krankenunterstützung kann auf einen längeren Zeitraum als dreizehn Wochen bis zu einem Jahre festgesetzt werden.

1a. Das Krankengeld kann allgemein oder unter bestimmten Voraussetzungen schon vom Tage des Eintritts der Erwerbsunfähigkeit ab, sowie für Sonn- und Festtage gewährt werden, sofern dieses sowohl von der Vertretung der zu Beiträgen verpflichteten Arbeitgeber (§ 38) als auch von derjenigen der Versicherten beschlossen wird, oder sofern der Betrag des gesetzlich vorgeschriebenen Reservefonds erreicht ist.

2. Das Krankengeld kann auf einen höheren Betrag, und zwar bis zu drei Viertel des durchschnittlichen Tagelohns (§ 20) festgesetzt werden; neben freier ärztlicher Behandlung und Arznei können auch andere als die im § 6 bezeichneten Heilmittel gewährt werden.

3. Neben freier Cur und Verpflegung in einem Krankenhause kann Krankengeld bis zu einem Achtel des durchschnittlichen Tagelohnes (§ 20) auch solchen bewilligt werden, welche nicht den Unterhalt von Angehörigen aus ihrem Lohne bestritten haben.

3a. Für die Dauer eines Jahres von Beendigung der Krankenunterstützung ab kann Fürsorge von Reconvalescenten, namentlich auch Unterbringung in einer Reconvalescentenanstalt gewährt werden.

4. Die Wöhnerinnen-Unterstützung kann allgemein bis zur Dauer von sechs Wochen nach der Niederkunft erstreckt werden.

5. Freie ärztliche Behandlung, freie Arznei und sonstige Heilmittel können für erkrankte Familienangehörige[1]) der Kassenmitglieder, sofern sie nicht selbst dem Krankenversicherungszwange unterliegen, auf besonderen Antrag oder allgemein gewährt werden. Unter derselben Voraussetzung kann für Ehefrauen der Kassenmitglieder im Falle der Entbindung die nach Ziffer 4 zulässige Unterstützung gewährt werden.

6. Das Sterbegeld kann auf einen höheren als den zwanzigfachen Betrag und zwar bis zum vierzigfachen Betrage des durchschnittlichen Tagelohnes (§ 20) erhöht werden.

7. Beim Tode der Ehefrau oder eines Kindes eines Kassenmitgliedes kann, sofern diese Personen nicht selbst in einem gesetzlichen Versicherungsverhältniss stehen, auf Grund dessen ihren Hinterbliebenen ein Anspruch auf Sterbegeld zusteht, ein Sterbegeld, und zwar für erstere im Betrage bis zu zwei Dritteln, für letztere bis zur Hälfte des für das Mitglied festgestellten Sterbegeldes gewährt werden.

Auf weitere Unterstützungen, namentlich auf Invaliden-, Wittwen- und Waisenunterstützungen, dürfen die Leistungen der Ortskrankenkassen nicht ausgedehnt werden.

---

1) Findet regelmässig bei den Betriebskrankenkassen (Fabriks-, Eisenbahn u.s.w. -krankenkassen) statt.

§ 22. Die Beiträge zu den Ortskrankenkassen sind in Procenten des durchschnittlichen Tagelohnes (§ 20) so zu bemessen, dass sie unter Einrechnung der etwaigen sonstigen Einnahmen der Kasse ausreichen, um die statutenmässigen Unterstützungen, die Verwaltungskosten und die zur Ansammlung oder Ergänzung des Reservefonds (§ 32) erforderlichen Rücklagen zu decken.

Krankenkassen, welche die im § 21 Absatz 1 Ziffer 5 bezeichneten besonderen Leistungen auf Antrag gewähren, sind nach Bestimmung des Statuts befugt, für diese Leistungen von Kassenmitgliedern mit Familienangehörigen einen besonderen allgemein fetzusetzenden Zusatzbeitrag zu erheben.

Ortskrankenkassen, welche für verschiedene Gewerbszweige oder Betriebsarten errichtet sind, können die Höhe der Beiträge für die einzelnen Gewerbszweige uud Betriebsarten verschieden bemessen, wenn und soweit die Verschiedenheit der Gewerbszweige und Betriebsarten eine erhebliche Verschiedenheit der Erkrankungsgefahr bedingt. Festsetzungen dieser Art bedürfen der Genehmigung der höheren Verwaltungsbehörde.

§§ 23, 24 handeln vom Kassenstatut.

§ 25. Die Ortskrankenkasse kann unter ihrem Namen Rechte erwerben und Verbindlichkeiten eingehen, vor Gericht klagen und verklagt werden.

Für alle Verbindlichkeiten der Kasse haftet den Kassengläubigern nur das Vermögen der Kasse.

§ 26. Für sämmtliche versicherungspflichtige Kassenmitglieder beginnt der Anspruch auf die gesetzlichen Unterstützungen der Kasse zum Betrage der gesetzlichen Mindestleistungen der Kasse (§ 20) mit dem Zeitpunkte, in welchem sie Mitglieder der Kasse geworden sind (§ 19). Von Kassenmitgliedern, welche nachweisen, dass sie bereits einer anderen Krankenkasse angehört oder Beiträge zur Gemeinde-Krankenversicherung geleistet haben, und dass zwischen dem Zeitpunkte, mit welchem sie aufgehört haben, einer solchen Krankenkasse anzugehören oder Beiträge zur Gemeinde-Krankenversicherung zu leisten, und dem Zeitpunkte, in welchem sie Mitglieder der Ortskrankenkasse geworden sind, nicht mehr als dreizehn Wochen liegen, darf ein Eintrittsgeld nicht erhoben werden.

Kassenmitglieder, welche aus der Beschäftigung, vermöge welcher sie der Kasse angehören, behufs Erfüllung ihrer Dienstpflicht im Heere oder in der Marine ausgeschieden sind und nach Erfüllung der Dienstpflicht in eine Beschäftigung zurückkehren, vermöge welcher sie der Kasse wieder angehören, erwerben mit dem Zeitpunkte des Wiedereintritts in die Kasse das Recht auf die vollen statutenmässigen Unterstützungen derselben und können zur Zahlung eines neuen Eintrittsgeldes nicht verpflichtet werden. Dasselbe gilt von denjenigen, welche einer Kasse vermöge der Beschäftigung in einem Gewerbszweige angehört haben, dessen Natur eine periodisch wiederkehrende zeitweilige Einstellung des Betriebes mit sich bringt, wenn sie in Folge der letzteren ausgeschieden, aber nach Wiederbeginn der Betriebsperiode in eine Beschäftigung zurückgekehrt sind, vermöge welcher sie wieder Mitglieder derselben Kasse werden.

Soweit die vorstehenden Bestimmungen nicht entgegenstehen, kann durch Kassenstatut bestimmt werden, dass das Recht auf die Unterstützungen der Kasse erst nach Ablauf einer Karenzzeit beginnt und dass neu eintretende Kassenmitglieder ein Eintrittsgeld zu zahlen haben. Die Karenzzeit darf den Zeitraum von sechs Wochen, das Eintrittsgeld darf den Betrag des für sechs Wochen zu leistenden Kassenbeitrages nicht übersteigen.

§ 26a. Kassenmitgliedern, welche gleichzeitig anderweitig gegen Krankheit versichert sind, ist das Krankengeld soweit zu kürzen, als dasselbe zusammen mit dem

aus anderweitiger Versicherung bezogenen Krankengelde den vollen Betrag ihres durchschnittlichen Tagelohnes übersteigen würde. Durch das Kassenstatut kann diese Kürzung ganz oder theilweise ausgeschlossen werden.

Durch Kassenstatut kann ferner bestimmt werden:

1. dass die Mitglieder verpflichtet sind, andere von ihnen eingegangene Versicherungsverhältnisse, aus welchen ihnen Ansprüche auf Krankenunterstützung zustehen, sofern sie zur Zeit des Eintritts in die Kasse bereits bestanden, binnen einer Woche nach dem Eintritt, sofern sie später abgeschlossen werden, binnen einer Woche nach dem Abschlusse, dem Kassenvorstande anzuzeigen;

2. dass Mitgliedern, welche die Kasse durch eine mit dem Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte bedrohte strafbare Handlung geschädigt haben, für die Dauer von zwölf Monaten seit Begehung der Strafthat, sowie dass Versicherten, welche sich eine Krankheit vorsätzlich oder durch schuldhafte Betheiligung bei Schlägereien oder Raufhändeln, durch Trunkfälligkeit oder geschlechtliche Ausschweifungen zugezogen haben, für diese Krankheit das statutenmässige Krankengeld gar nicht oder nur theilweise zu gewähren ist;

2a. dass Mitglieder, welche der gemäss Ziffer 1 getroffenen Bestimmung oder den durch Beschluss der Generalversammlung über die Krankenmeldung, das Verhalten der Kranken und die Krankenaufsicht erlassenen Vorschriften oder den Anordnungen des behandelnden Arztes zuwiderhandeln, Ordnungsstrafen bis zu zwanzig Mark zu erlegen haben;

2b. dass die ärztliche Behandlung, die Lieferung der Arznei und die Kur und Verpflegung nur durch bestimmte Aerzte, Apotheken und Krankenhäuser zu gewähren sind und die Bezahlung der durch Inanspruchnahme anderer Aerzte, Apotheken und Krankenhäuser entstandenen Kosten, von dringenden Fällen abgesehen, abgelehnt werden kann;

3. dass Mitgliedern, welche von dieser Krankenkasse eine Krankenunterstützung ununterbrochen oder im Laufe eines Zeitraums von zwölf Monaten für dreizehn Wochen bezogen haben, bei Eintritt eines neuen Unterstützungsfalles, sofern dieser durch die gleiche nicht gehobene Krankheitsursache veranlasst worden ist, im Laufe der nächsten zwölf Monate Krankenunterstützung nur im gesetzlichen Mindestbetrage (§ 20) und nur für die Gesammtdauer von dreizehn Wochen zu gewähren ist;

4. dass Personen, welche der Versicherungspflicht nicht unterliegen und freiwillig der Kasse beitreten, erst nach Ablauf einer auf höchstens sechs Wochen vom Beitritt ab zu bemessenden Frist Krankenunterstützung erhalten;

5. dass auch andere als die in den §§ 1 bis 3 genannten Personen als Mitglieder der Kasse aufgenommen werden können, sofern ihr jährliches Gesammteinkommen zweitausend Mark nicht übersteigt;

6. dass die Unterstützungen und Beiträge statt nach den durchschnittlichen Tagelöhnen (§ 20) in Procenten des wirklichen Arbeitsverdienstes der einzelnen Versicherten festgesetzt werden, soweit dieser vier Mark für den Arbeitstag nicht übersteigt.

Die unter 2a bezeichneten Beschlüsse der Generalversammlung bedürfen der Genehmigung der Aufsichtsbehörde. Ueber Beschwerden gegen die Versagung der Genehmigung entscheidet die nächst vorgesetzte Dienstbehörde endgültig.

Abänderungen des Statuts, durch welche die bisherigen Kassenleistungen herabgesetzt werden, finden auf solche Mitglieder, welchen bereits zur Zeit der Abänderung ein Unterstützungsanspruch wegen eingetretener Krankheit zusteht, für die Dauer dieser Krankheit keine Anwendung.

§ 27. Kassenmitglieder, welche aus der die Mitgliedschaft begründenden Be-

schäftigung ausscheiden und nicht zu einer Beschäftigung übergehen, vermöge welcher sie Mitglieder einer anderen der in den §§ 16, 59, 69, 73, 74 bezeichneten Krankenkassen werden, bleiben solange Mitglieder, als sie sich im Gebiete des Deutschen Reichs aufhalten, sofern sie ihre dahin gehende Absicht binnen einer Woche dem Kassenvorstande anzeigen. Die Zahlung der vollen statutenmässigen Kassenbeiträge zum ersten Fälligkeitstermine ist der ausdrücklichen Anzeige gleich zu erachten, sofern der Fälligkeitstermin innerhalb der für die letztere vorgeschriebenen einwöchigen Frist liegt.

Die Mitgliedschaft erlischt, wenn die Beiträge an zwei auf einander folgenden Zahlungsterminen nicht geleistet werden.

Durch Kassenstatut kann bestimmt werden, dass für nicht im Bezirk der Krankenkasse oder eines für die Zwecke des § 46 Absatz 1 Ziffer 2 und 3 errichteten Kassenverbandes sich aufhaltende Mitglieder der im ersten Absatz bezeichneten Art an die Stelle der im § 6 Absatz 1 Ziffer 1 bezeichneten Leistungen eine Vergütung in Höhe von mindestens der Hälfte des Krankengeldes tritt.

Ueber die Einsendung der Beiträge, die Auszahlung der Unterstützungen und die Krankencontrole für die nicht im Bezirk der Gemeinde sich aufhaltenden Personen hat das Kassenstatut Bestimmung zu treffen.

§ 28. Personen, welche in Folge eintretender Erwerbslosigkeit aus der Kasse ausscheiden, verbleibt der Anspruch auf die gesetzlichen Mindestleistungen der Kasse in Unterstützungsfällen, welche während der Erwerbslosigkeit und innerhalb eines Zeitraums von drei Wochen nach dem Ausscheiden aus der Kasse eintreten, wenn der Ausscheidende vor seinem Ausscheiden mindestens drei Wochen ununterbrochen einer auf Grund dieses Gesetzes errichteten Krankenkasse angehört hat.

Dieser Anspruch fällt fort, wenn der Betheiligte sich nicht im Gebiete des Deutschen Reichs aufhält, soweit nicht durch Kassenstatut Ausnahmen vorgesehen werden.

§ 29. Die Mitglieder sind der Kasse gegenüber lediglich zu den auf Grund dieses Gesetzes und des Kassenstatuts festgestellten Beiträgen verpflichtet.

Zu anderen Zwecken als den statutenmässigen Unterstützungen, der statutenmässigen Ansammlung und Ergänzung des Reservefonds und der Deckung der Verwaltungskosten dürfen weder Beiträge von Mitgliedern erhoben werden, noch Verwendungen aus dem Vermögen der Kasse erfolgen.

§ 30. Entstehen Zweifel darüber, ob die im Kassenstatut vorgenommene Bemessung der Beiträge der Anforderung des § 22 entspricht, so hat die höhere Verwaltungsbehörde vor der Ertheilung der Genehmigung eine sachverständige Prüfung herbeizuführen und, falls diese die Unzulänglichkeit der Beiträge ergiebt, die Ertheilung der Genehmigung von einer Erhöhung der Beiträge oder einer Minderung der Unterstützungen bis auf den gesetzlichen Mindestbetrag (§ 20) abhängig zu machen.

§ 31. Bei der Errichtung der Kasse dürfen die Beiträge, soweit sie den Kassenmitgliedern selbst zur Last fallen (§ 51), nicht über zwei Procent desjenigen Betrages, nach welchem die Unterstützungen zu bemessen sind (§§ 20, 26a, Ziffer 6), festgesetzt werden, sofern solches nicht zur Deckung der Mindestleistungen der Kasse (§ 20) erforderlich ist.

Eine spätere Erhöhung der Beiträge über diesen Betrag, welche nicht zur Deckung der Mindestleistungen erforderlich wird, ist nur bis zur Höhe von drei Procent desjenigen Betrages, nach welchem die Unterstützungen zu bemessen sind (§§ 20, 26a, Ziffer 6), und nur dann zulässig, wenn dieselbe sowohl von der Vertretung der zu Beiträgen verpflichteten Arbeitgeber (§ 38), als von derjenigen der Kassenmitglieder beschlossen wird.

§ 32. Die Ortskrankenkasse hat einen Reservefonds im Mindestbetrage der durchschnittlichen Jahresausgabe der letzten drei Jahre anzusammeln und erforderlichenfalls bis zu dieser Höhe zu ergänzen.

So lange der Reservefonds diesen Betrag nicht erreicht, ist demselben mindestens ein Zehntel des Jahresbetrages der Kassenbeiträge zuzuführen.

§ 33. Ergiebt sich aus den Jahresabschlüssen der Kasse, dass die Einnahmen derselben zur Deckung ihrer Ausgaben einschliesslich der Rücklagen zur Ansammlung und Ergänzung des Reservefonds nicht ausreichen, so ist entweder unter Berücksichtigung der Vorschriften des § 31 eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Kassenleistungen herbeizuführen.

Ergiebt sich dagegen aus den Jahresabschlüssen, dass die Jahreseinnahmen die Jahresausgaben übersteigen, so ist, falls der Reservefonds das Doppelte des gesetzlichen Mindestbetrages erreicht hat, entweder eine Ermässigung der Beiträge oder unter Berücksichtigung der Vorschriften der §§ 21 und 31 eine Erhöhung oder Erweiterung der Kassenleistungen herbeizuführen.

Unterlässt die Vertretung der Kasse, diese Abänderungen zu beschliessen, so hat die höhere Verwaltungsbehörde die Beschlussfassung anzuordnen und, falls dieser Anordnung keine Folge gegeben wird, ihrerseits die erforderliche Abänderung des Kassenstatuts von Amtswegen mit rechtsverbindlicher Wirkung zu vollziehen.

Wird zur Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit einer Kasse eine schleunige Vermehrung ihrer Einnahmen oder Verminderung ihrer Ausgaben erforderlich, so kann die höhere Verwaltungsbehörde, vorbehaltlich des vorstehend vorgeschriebenen Verfahrens, eine sofortige vorläufige Erhöhung der Beiträge oder Herabsetzung der Leistungen, letztere bis zur gesetzlichen Mindestleistung und unbeschadet der Vorschrift des § 26a, Absatz 3, verfügen. Gegen diese Verfügung ist die Beschwerde an die Centralbehörde zulässig. Dieselbe hat keine aufschiebende Wirkung.

§§ 34—43a behandeln den Vorstand, die Generalversammlung und die Verwaltung der Kasse.

§ 44. Unter Oberaufsicht der höheren Verwaltungsbehörde wird die Aufsicht über Ortskrankenkassen, welche für den Bezirk einer Gemeinde von mehr als zehntausend Einwohnern errichtet sind, durch die Gemeindebehörden, bei allen übrigen Ortskrankenkassen durch die seitens der Landesregierungen zu bestimmenden Behörden wahrgenommen.

§ 45. Die Aufsichtsbehörde überwacht die Befolgung der gesetzlichen und statutarischen Vorschriften und kann dieselbe durch Androhung, Festsetzung und Vollstreckung von Ordnungsstrafen gegen die Mitglieder des Kassenvorstandes erzwingen.

Sie ist befugt, von allen Verhandlungen, Büchern und Rechnungen der Kasse Einsicht zu nehmen und die Kasse zu revidiren.

Sie kann die Berufung der Kassenorgane zu Sitzungen verlangen und, falls diesem Verlangen nicht entsprochen wird, die Sitzungen selbst anberaumen.

In den auf ihren Anlass anberaumten Sitzungen kann sie die Leitung der Verhandlungen übernehmen.

So lange der Vorstand oder die Generalversammlung nicht zu Stande kommt oder die Organe der Kasse die Erfüllung ihrer gesetzlichen oder statutenmässigen Obliegenheiten verweigern, kann die Aufsichtsbehörde die Befugnisse und Obliegenheiten der Kassenorgane selbst oder durch von ihr zu bestellende Vertreter auf Kosten der Kasse wahrnehmen.

§ 46. Sämmtliche oder mehrere Gemeinde-Krankenversicherungen und Orts-

krankenkassen innerhalb des Bezirks einer Aufsichtsbehörde können durch übereinstimmende Beschlüsse der betheiligten Communalverbände und der Generalversammlungen der betheiligten Kassen sich zu einem Verbande vereinigen zum Zweck:

1. der Anstellung eines gemeinsamen Rechnungs- und Kassenführers und anderer gemeinsamer Bediensteten;

2. der Abschliessung gemeinsamer Verträge mit Aerzten, Apotheken, Krankenhäusern und Lieferanten von Heilmitteln und anderer Bedürfnisse der Krankenpflege;

3. der Anlage und des Betriebes gemeinsamer Anstalten zur Heilung und Verpflegung erkrankter Mitglieder, sowie zur Fürsorge für Reconvalescenten;

4. der gemeinsamen Bestreitung der Krankenunterstützungskosten zu einem die Hälfte ihres Gesammtbetrages nicht übersteigenden Theil.

(Die folgenden Absätze dieses § handeln von der Geschäftsführung dieses Verbandes.)

§ 46a. Ein nach § 46, Absatz 1 gebildeter Verband kann durch übereinstimmende Beschlüsse der betheiligten Communalverbände und der Generalversammlungen der betheiligten Krankenkassen aufgelöst werden.

Jede Gemeinde-Krankenversicherung und Krankenkasse kann nach sechs Monate vorher erfolgter Aufkündigung mit dem Schlusse des Kalenderjahres aus dem Verbande austreten.

Soweit nicht durch das Verbandsstatut oder durch Uebereinkommen etwas anderes bestimmt ist, wird bei der Auflösung des Verbandes oder beim Ausscheiden einer der betheiligten Kassen von dem nach Deckung der Schulden verbleibenden Vermögen des Verbandes jeder ausscheidenden Kasse derjenige Antheil überwiesen, welcher auf sie nach dem Verhältniss der im Laufe des letzten Kalenderjahres vereinnahmten Kassenbeiträge entfällt.

§ 46b. Durch die Centralbehörde kann bestimmt werden, dass und unter welchen Voraussetzungen bereits bestehende Vereinigungen von Gemeinde-Krankenversicherungen und auf Grund dieses Gesetzes errichteter Krankenkassen, welche Zwecke der im § 46 unter Ziffer 1 bis 4 bezeichneten Art verfolgen, die Rechte der auf Grund des § 46 errichteten Verbände haben.

§ 47. Die Schliessung einer Ortskrankenkasse muss erfolgen:

1. wenn die Zahl der Mitglieder dauernd unter fünfzig sinkt;

2. wenn sich aus den Jahresabschlüssen der Kasse ergiebt, dass die gesetzlichen Mindestleistungen auch nach erfolgter Erhöhung der Beiträge der Versicherten auf drei Procent desjenigen Betrages, nach welchem die Unterstützungen zu bemessen sind (§§ 20, 26a Ziffer 6), nicht gedeckt werden können, und eine weitere Erhöhung der Beiträge nicht auf dem im § 31 Absatz 2 vorgesehenen Wege beschlossen wird.

Die Auflösung kann erfolgen, wenn sie von der Gemeindebehörde unter Zustimmung der Generalversammlung beantragt wird.

Die Schliessung oder Auflösung erfolgt durch Verfügung der höheren Verwaltungsbehörde, welche, sofern sie auf Schliessung einer Kasse gerichtet ist, von der Generalversammlung, sofern dadurch die Auflösung einer Kasse abgelehnt wird, von der Gemeindebehörde beziehungsweise der Generalversammlung nach Maassgabe des § 24 angefochten werden kann.

Wird eine Ortskrankenkasse geschlossen oder aufgelöst, so sind die versicherungspflichtigen Personen, für welche sie errichtet war, anderen Ortskrankenkassen und, soweit dies nicht ohne erhebliche Benachtheiligung anderer Ortskrankenkassen geschehen kann, der Gemeinde-Krankenversicherung zu überweisen.

Das etwa vorhandene Vermögen der Kasse ist in diesem Falle zunächst zur Berichtigung der etwa vorhandenen Schulden und zur Deckung der vor der Schliessung

oder Auflösung bereits entstandenen Unterstützungsansprüche zu verwenden. Der Rest fällt denjenigen Ortskrankenkassen, sowie der Gemeinde-Krankenversicherung zu, welchen die der geschlossenen oder aufgelösten Kasse angehörenden Personen überwiesen werden. Findet eine solche Ueberweisung nicht statt, so ist der Rest des Vermögens in der dem bisherigen Zweck am meisten entsprechenden Weise zu verwenden.

Die Verfügung über die Zuweisung der versicherungspflichtigen Personen, für welche die geschlossene oder aufgelöste Kasse errichtet war, an andere Krankenkassen oder die Gemeinde-Krankenversicherung, sowie über die Vertheilung oder Verwendung des Restvermögens wird von der höheren Verwaltungsbehörde getroffen. Gegen diese Verfügung steht den Betheiligten innerhalb vier Wochen die Beschwerde an die Centralbehörde zu. Die Beschwerde hat, soweit es sich um die Zuweisung der versicherungspflichtigen Personen handelt, keine aufschiebende Wirkung.

Die Vorschrift des ersten Absatzes findet keine Anwendung, wenn nach dem Urtheil der höheren Verwaltungsbehörde die Gewährung der gesetzlichen Mindestleistungen durch vorhandenes Vermögen oder durch andere ausserordentliche Hilfsquellen gesichert ist.

§ 48. Ortskrankenkassen, welche auf Grund der §§ 16, 17 oder 18a für versicherungspflichtige Personen verschiedener Gewerbszweige oder Betriebsarten errichtet sind, können nach Anhörung der Gemeinde aufgelöst werden, wenn die Generalversammlung der Kasse dies beantragt.

Unter der gleichen Voraussetzung kann die Ausscheidung der demselben Gewerbszweige oder derselben Betriebsart angehörenden Kassenmitglieder aus der gemeinsamen Kasse erfolgen, wenn die Mehrzahl dieser Kassenmitglieder zustimmt.

Für Ortskrankenkassen, welche auf Grund der §§ 43 oder 43a gemeinsam für mehrere Gemeinden oder für einen weiteren Communalverband errichtet sind, kann auf Antrag einer der betheiligten Gemeinden oder der Generalversammlung der betheiligten Kasse die Auflösung oder die Ausscheidung der in einer oder mehreren der betheiligten Gemeinden beschäftigten Kassenmitglieder erfolgen.

Die Auflösung oder Ausscheidung erfolgt durch Verfügung der höheren Verwaltungsbehörde. Gegen die Verfügung, durch welche die Auflösung oder Ausscheidung angeordnet oder versagt wird, steht den Betheiligten innerhalb vier Wochen die Beschwerde an die Centralbehörde zu. Ueber die Verwendung und Vertheilung des Vermögens, sowie über die anderweitige Versicherung der versicherungspflichtigen Personen ist nach Maassgabe des § 47 Absatz 4 bis 6 Bestimmung zu treffen.

§ 48a. Ergiebt sich, dass einem Kassenstatut nach § 24 Absatz 1 die Genehmigung hätte versagt werden müssen, so hat die höhere Verwaltungsbehörde die erforderliche Abänderung anzuordnen. Der die Abänderung anordnende Bescheid kann auf dem im § 24 Absatz 1 bezeichneten Wege angefochten werden.

Unterlässt die Vertretung der Kasse, die endgültig angeordnete Abänderung zu beschliessen, so hat die höhere Verwaltungsbehörde die Beschlussfassung anzuordnen und, falls dieser Anordnung keine Folge gegeben wird, ihrerseits die erforderliche Abänderung des Kassenstatuts von Amtswegen mit rechtsverbindlicher Wirkung zu vollziehen. Dasselbe gilt, wenn die Vertretung der Kasse unterlässt, diejenigen Abänderungen des Kassenstatuts zu beschliessen, welche durch endgültige, auf Grund der §§ 18a, 43a, 47 Absatz 6 erlassene Anordnungen erfordert werden.

### D. Gemeinsame Bestimmungen für die Gemeinde-Krankenversicherung und für die Ortskrankenkassen.

§ 49. Die Arbeitgeber haben jede von ihnen beschäftigte versicherungspflichtige Person, welche weder einer Betriebs- (Fabrik-) Krankenkasse (§ 59), Baukrankenkasse

(§ 69), Innungs-Krankenkasse (§ 73), Knappschaftskasse (§ 74) angehört, noch gemäss § 75 von der Verpflichtung, der Gemeinde-Krankenversicherung oder einer Ortskrankenkasse anzugehören, befreit ist, spätestens am dritten Tage nach Beginn der Beschäftigung anzumelden und spätestens am dritten Tage nach Beendigung derselben wieder abzumelden. Veränderungen, durch welche während der Dauer der Beschäftigung die Versicherungspflicht für solche Personen begründet wird, die der Versicherungspflicht auf Grund ihrer Beschäftigung bisher nicht unterlagen, sind spätestens am dritten Tage nach ihrem Eintritt gleichfalls anzumelden. Das Gleiche gilt bei Aenderungen des Arbeitsvertrages, welche die Versicherungspflicht der im § 1 Abs. 4 bezeichneten Personen zur Folge haben.

Die Anmeldungen und Abmeldungen erfolgen für versicherungspflichtige Personen solcher Klassen, für welche Ortskrankenkassen bestehen (§ 23 Abs. 2 Ziffer 1), bei den durch das Statut dieser Kassen bestimmten Stellen, übrigens bei der Gemeindebehörde oder einer von dieser zu bestimmenden Meldestelle.

In der Anmeldung zur Ortskrankenkasse sind auch die behufs der Berechnung der Beiträge durch das Statut geforderten Angaben über die Lohnverhältnisse zu machen. Aenderungen in diesen Verhältnissen sind spätestens am dritten Tage, nachdem sie eingetreten, anzumelden.

Durch Beschluss der Verwaltung der Gemeinde-Krankenversicherung und durch das Kassenstatut kann die Frist für die An- und Abmeldungen bis zum letzten Werktage der Kalenderwoche, in welcher die dreitägige Frist (Absatz 1) abläuft, erstreckt werden.

Die Aufsichtsbehörde, sowie die höhere Verwaltungsbehörde kann für sämmtliche Gemeinde-Krankenversicherungen und Ortskrankenkassen ihres Bezirks oder einzelner Theile desselben eine gemeinsame Meldestelle errichten. Die Aufbringung der Kosten derselben erfolgt durch die betheiligten Gemeinden und Ortskrankenkassen nach Maassgabe des § 46 Absatz 3, 4.

§ 49 a. Hülfskassen der im § 75 bezeichneten Art haben jedes Ausscheiden eines versicherungspflichtigen Mitgliedes aus der Kasse und jedes Uebertreten eines solchen in eine niedrigere Mitgliederklasse innerhalb Monatsfrist bei der gemeinsamen Meldestelle oder bei der Aufsichtsbehörde desjenigen Bezirks, in welchem das Mitglied zur Zeit der letzten Beitragszahlung beschäftigt war, unter Angabe seines Aufenthaltsortes und seiner Beschäftigung zu dieser Zeit schriftlich anzuzeigen.

Für Hülfskassen, welche örtliche Verwaltungsstellen errichtet haben, ist die Anzeige von der örtlichen Verwaltungsstelle zu erstatten.

Zur Erstattung der Anzeige ist für jede Hülfskasse, sofern deren Vorstand nicht eine andere Person damit beauftragt, der Rechnungsführer derselben, für die örtliche Verwaltungsstelle dasjenige Mitglied, welches die Rechnungsgeschäfte derselben führt, verpflichtet.

Die Aufsichtsbehörde hat die an sie gelangenden Anzeigen der Verwaltung der Gemeinde-Krankenversicherung oder dem Vorstande der Ortskrankenkasse, welcher die in der Anzeige bezeichnete Person nach der in derselben angegebenen Beschäftigung anzugehören verpflichtet ist, zu überweisen.

§ 50. Arbeitgeber, welche der ihnen nach § 49 obliegenden Anmeldepflicht vorsätzlich oder fahrlässigerweise nicht genügen, haben alle Aufwendungen, welche eine Gemeinde-Krankenversicherung oder eine Ortskrankenkasse auf Grund gesetzlicher oder statutarischer Vorschrift in einem vor der Anmeldung durch die nicht angemeldete Person veranlassten Unterstützungsfalle gemacht hat, zu erstatten.

Die Verpflichtung zur Entrichtung von Beiträgen für die Zeit, während welcher die nicht angemeldete oder nicht angezeigte Person der Gemeinde-Krankenversiche-

rung oder der Ortskrankenkasse anzugehören verpflichtet war, wird hierdurch nicht berührt.

§ 51. Die Beiträge zur Krankenversicherung entfallen bei versicherungspflichtigen Personen zu zwei Dritteln auf diese, zu einem Drittel auf ihre Arbeitgeber. Eintrittsgelder belasten nur die Versicherten.

Durch statutarische Regelung (§ 2) kann bestimmt werden, dass Arbeitgeber, in deren Betrieben Dampfkessel oder durch elementare Kraft bewegte Triebwerke nicht verwendet und mehr als zwei dem Krankenversicherungszwange unterliegende Personen nicht beschäftigt werden, von der Verpflichtung zur Leistung von Beiträgen aus eigenen Mitteln befreit sind.

§ 52. Die Arbeitgeber sind verpflichtet, die Beiträge und Eintrittsgelder, welche für die von ihnen beschäftigten Personen zur Gemeinde-Krankenversicherung oder zu einer Ortskrankenkasse zu entrichten sind, einzuzahlen. Die Beiträge sind an die Gemeinde-Krankenversicherung, sofern nicht durch Gemeindebeschluss andere Zahlungstermine festgesetzt sind, wöchentlich im Voraus, an die Ortskrankenkasse zu den durch Statut festgesetzten Zahlungsterminen einzuzahlen. Das Eintrittsgeld ist mit dem ersten fälligen Beitrage einzuzahlen. Die Beiträge sind so lange fortzuzahlen, bis die vorschriftsmässige Abmeldung (§ 49) erfolgt ist, und für den betreffenden Zeittheil zurückzuerstatten, wenn die rechtzeitig abgemeldete Person innerhalb der Zahlungsperiode aus der bisherigen Beschäftigung ausscheidet.

Wenn der Versicherte gleichzeitig in mehreren die Versicherungspflicht begründenden Arbeitsverhältnissen steht, so haften die sämmtlichen Arbeitgeber als Gesammtschuldner für die vollen Beiträge und Eintrittsgelder.

Durch Gemeindebeschluss mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde oder durch Kassenstatut kann bestimmt werden, dass die Beiträge stets für volle Wochen erhoben und zurückgezahlt werden.

§ 52a. Auf Antrag der Gemeinde-Krankenversicherung oder einer Ortskrankenkasse kann die Aufsichtsbehörde widerruflich anordnen, dass solche Arbeitgeber, die mit Abführung der Beiträge im Rückstande geblieben sind und deren Zahlungsunfähigkeit im Zwangsbeitreibungsverfahren festgestellt worden ist, nur den auf sie selbst als Arbeitgeber entfallenden Theil der Beiträge, welche für die von ihnen beschäftigten versicherungspflichtigen Personen zur Gemeinde-Krankenversicherung oder Ortskrankenkasse zu entrichten sind, einzuzahlen haben.

Wird dies angeordnet, so sind die von solchen Arbeitgebern beschäftigten versicherungspflichtigen Personen verpflichtet, die Eintrittsgelder sowie den auf sie selbst entfallenden Theil der Beiträge zu den festgesetzten Zahlungsterminen selbst an die Gemeinde-Krankenversicherung oder Krankenkasse einzuzahlen.

Die Anordnung (Absatz 1) müssen diejenigen Arbeitgeber, für welche sie gelten sollen, nach Namen, Wohnort und Geschäftsbetrieb deutlich bezeichnen und sind diesen Arbeitgebern schriftlich mitzutheilen.

Die von solchen Anordnungen betroffenen Arbeitgeber sind verpflichtet, dieselben den von ihnen beschäftigten, in der Gemeinde-Krankenversicherung oder Ortskrankenkasse versicherten versicherungspflichtigen Personen durch dauernden Aushang in den Betriebsstätten bekannt zu machen und bei jeder Lohnzahlung die von ihnen beschäftigten versicherungspflichtigen Personen darauf hinzuweisen, dass diese die im Absatz 2 bezeichneten Beiträge selbst einzuzahlen haben.

Gegen die im Absatz 1 bezeichneten Anordnungen findet binnen zwei Wochen nach der Zustellung die Beschwerde an die höhere Verwaltungsbehörde statt. Die Beschwerde hat keine aufschiebende Wirkung. Die Entscheidung der höheren Verwaltungsbehörde ist endgültig.

§ 52b. Auf Zusatzbeiträge der Versicherten für besondere auf Antrag zu gewährende Kassenleistungen an Familienangehörige (§ 6a Absatz 1 Ziffer 5, § 9 Absatz 1 Satz 2, § 21 Absatz 1 Ziffer 5, § 22 Absatz 2) finden die Vorschriften der §§ 51 und 52 keine Anwendung.

§ 53. Die Versicherten sind verpflichtet, die Eintrittsgelder und Beiträge, letztere nach Abzug des auf den Arbeitgeber entfallenden Drittels (§ 51), bei den Lohnzahlungen sich einbehalten zu lassen. Die Arbeitgeber dürfen nur auf diesem Wege den auf die Versicherten entfallenden Betrag wieder einziehen. Die Abzüge für Beiträge sind auf die Lohnzahlungsperioden, auf welche sie entfallen, gleichmässig zu vertheilen. Die Theilbeträge dürfen, ohne dass dadurch Mehrbelastungen der Versicherten herbeigeführt werden, auf volle zehn Pfennig abgerundet werden. Sind Abzüge für eine Lohnzahlungsperiode unterblieben, so dürfen sie nur noch bei der Lohnzahlung für die nächstfolgende Lohnzahlungsperiode nachgeholt werden.

Hat der Arbeitgeber Beiträge um deswillen nachzuzahlen, weil die Verpflichtung zur Entrichtung von Beiträgen zwar vom Arbeitgeber anerkannt, von dem Versicherten, der Gemeinde-Krankenversicherung oder Ortskrankasse aber bestritten wurde und erst durch einen Rechtsstreit (§ 58) hat festgestellt werden müssen, oder weil die im § 49a vorgeschriebene Anzeige erst nach Ablauf der im Absatz 1 bezeichneten Zeiträume oder gar nicht erstattet worden ist, so findet die Wiedereinziehung des auf den Versicherten entfallenden Theiles der Beiträge ohne die vorstehend aufgeführten Beschränkungen statt.

Arbeitgeber, deren Zahlungsunfähigkeit im Zwangsbeitreibungsverfahren festgestellt worden ist, sind, solange für sie nicht eine Anordnung der im § 52a bezeichneten Art getroffen worden ist, verpflichtet, die im Absatz 1 zugelassenen Lohnabzüge zu machen und deren Betrag sofort, nachdem der Abzug gemacht worden ist, an die berechtigte Kasse abzuliefern.

§ 53a. Streitigkeiten zwischen dem Arbeitgeber und den von ihm beschäftigten Personen über die Berechnung und Anrechnung der von diesen zu leistenden Beiträge werden nach den Vorschriften des Gesetzes, betreffend die Gewerbegerichte, vom 29. Juli 1890 (R.-G.-Bl. S. 141) entschieden.

Die Vorschriften des letzteren Gesetzes finden auch auf Streitigkeiten zwischen den bezeichneten Personen über die Berechnung und Anrechnung des Eintrittsgeldes Anwendung. Zur Entscheidung dieser Streitigkeit sind auch die auf Grund des § 80 jenes Gesetzes fortbestehenden Gewerbegerichte zuständig.

§ 54. Ob und inwieweit die Vorschriften des § 49 Absatz 1 bis 3, § 51, § 52 Absatz 1 auf die Arbeitgeber der im § 2 Absatz 1 unter Ziffer 1 und 4 bezeichneten Personen Anwendung finden, ist durch statutarische Bestimmung zu regeln; dieselbe bedarf der Genehmigung der höheren Verwaltungsbehörde.

Auf dem gleichen Wege kann bestimmt werden:

1. dass für diejenigen Versicherten, auf welche die Anwendung der Vorschriften des § 1 auf Grund des § 2 Absatz 1 Ziffer 4 erstreckt ist, sowie für die von ihnen beschäftigten versicherungspflichtigen Personen die Beiträge und Unterstützungen statt nach dem ortsüblichen Lohne gewöhnlicher Tagearbeiter (§ 8 in Procenten des wirklichen Arbeitsverdienstes, soweit dieser vier Mark für den Arbeitstag nicht überschreitet) festzustellen sind;

2. dass die Arbeitgeber der im § 2 Absatz 1 Ziffer 4 bezeichneten Gewerbetreibenden, sofern auf diese die Anwendung der Vorschriften des § 1 erstreckt ist, auch die Beiträge für die von diesen Gewerbetreibenden beschäftigten versicherungspflichtigen Personen einzuzahlen und zu einem Drittel aus eigenen Mitteln zu bestreiten haben.

3. dass und inwieweit in Fällen, in welchen die Beschäftigung von Hausgewerbetreibenden (§ 2 Absatz 1 Ziffer 4) durch Zwischenpersonen (Ausgeber, Factoren, Zwischenmeister u. s. w.) vermittelt wird, diejenigen Gewerbetreibenden, in deren Auftrag die Zwischenpersonen die Waaren herstellen oder bearbeiten lassen, die Beiträge (§§ 9, 10, 22, 26a Absatz 2 Ziffer 6, §§ 64, 73) und Eintrittsgelder (§ 26 Absatz 3) für die Hausgewerbetreibenden, sowie für deren Gesellen (Gehülfen) und Lehrlinge einzuzahlen und die Beiträge zu einem Drittel aus eigenen Mitteln zu entrichten haben.

Auf Gewerbetreibende, für welche Anordnungen der im Abs. 2, Ziffer 3 bezeichneten Art getroffen worden sind, finden die für Arbeitgeber geltenden Vorschriften der §§ 52, 52a, 52b, 53, 53a, 57a. 80, 82, 82a, 82b entsprechende Anwendung.

Die Bestimmungen der Abs. 1, 2 entsprechenden Anordnungen können in den Fällen des § 2 Abs. 4 auch durch Beschluss des Bundesraths getroffen werden.

Auf dem in den Abs. 1, 4 bezeichneten Wege kann bestimmt werden, dass Eintrittsgelder (§ 26 Abs. 3) von Hausgewerbetreibenden sowie von deren Gesellen (Gehülfen) und Lehrlingen nicht erhoben werden dürfen.

Wird eine Bestimmung der im Abs. 2 Ziffer 2 und 3 bezeichneten Art erlassen, so steht den die Arbeit vergebenden Gewerbetreibenden das Recht zu, zwei Drittel der von ihnen entrichteten Beiträge von den Hausgewerbetreibenden oder, wenn sie die Waaren durch Zwischenpersonen herstellen oder bearbeiten lassen, von den Zwischenpersonen sich erstatten zu lassen. Die Zwischenpersonen, welche den Gewerbetreibenden (Ziffer 3) diese zwei Drittel erstattet haben, sind befugt, diesen Betrag von den Hausgewerbetreibenden wieder einzuziehen.

Auf Streitigkeiten finden die Bestimmungen des § 58 Abs. 1 entsprechende Anwendung.

§ 54a. Im Falle der Erwerbsunfähigkeit werden für die Dauer der Krankenunterstützung Beiträge nicht entrichtet. Die Mitgliedschaft dauert während des Bezuges von Krankenunterstützung fort.

§ 55. Der Anspruch auf Eintrittsgelder und Beiträge verjährt in einem Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres, in welchem er entstanden ist. Rückständige Eintrittsgelder und Beiträge werden in derselben Weise beigetrieben, wie Gemeindeabgaben. Die dafür bestehenden landesrechtlichen Vorschriften finden auch insofern Anwendung, als sie über die aufschiebende Wirkung etwaiger gegen die Zahlungspflicht erhobener Einwendungen Bestimmung treffen.

Die rückständigen Eintrittsgelder und Beiträge haben das Vorzugsrecht des § 54 Ziffer 1 der Reichs-Konkursordnung vom 10. Februar 1877 (Reichs-Gesetzbl. S. 351).

Sofern nach Gemeindebeschluss oder Kassenstatut der Einleitung des Beitreibungsverfahrens ein Mahnverfahren vorausgeht, kann von Arbeitgebern, welche die Eintrittsgelder und Beiträge nicht zum Fälligkeitstermine eingezahlt haben, eine Mahngebühr erhoben und wie die Rückstände beigetrieben werden. Die Festsetzung des Betrages der Mahngebühr unterliegt der Genehmigung der Aufsichtsbehörde.

§ 56. Die Unterstützungsansprüche auf Grund dieses Gesetzes verjähren in zwei Jahren vom Tage ihrer Entstehung an.

Die dem Unterstützungsberechtigten zustehenden Forderungen können mit rechtlicher Wirkung weder verpfändet, noch übertragen, noch für andere als die im § 749 Absatz 4 der Civilprocessordnung bezeichneten Forderungen der Ehefrau und ehelichen Kinder und die des ersatzberechtigten Armenverbandes gepfändet werden; sie dürfen nur auf geschuldete Eintrittsgelder und Beiträge, welche von dem Unterstützungsberechtigten selbst einzuzahlen waren, sowie auf Geldstrafen, welche er

durch Zuwiderhandlungen gegen die auf Grund des § 6a Absatz 8 oder § 26a Absatz 2 Ziffer 2a erlassenen Vorschriften verwirkt hat, aufgerechnet werden.

§ 56a. Auf Antrag von mindestens dreissig betheiligten Versicherten kann die höhere Verwaltungsbehörde nach Anhörung der Kasse und der Aufsichtsbehörde die Gewährung der im § 6 Absatz 1 Ziffer 1 und § 7 Absatz 1 bezeichneten Leistungen durch weitere als die von der Kasse bestimmten Aerzte, Apotheken und Krankenhäuser verfügen, wenn durch die von der Kasse getroffenen Anordnungen eine den berechtigten Anforderungen der Versicherten entsprechende Gewährung jener Leistungen nicht gesichert ist.

Wird einer solchen Verfügung nicht binnen der gesetzten Frist Folge geleistet, so kann die höhere Verwaltungsbehörde die erforderlichen Anordnungen statt der zuständigen Kassenorgane mit verbindlicher Wirkung für die Kasse treffen.

Die nach Absatz 1 und 2 zulässigen Verfügungen sind der Kasse zu eröffnen und zur Kenntniss der betheiligten Versicherten zu bringen. Die Verfügung der höheren Verwaltungsbehörde ist endgültig.

§ 57. Die auf gesetzlicher Vorschrift beruhende Verpflichtung von Gemeinden oder Armenverbänden zur Unterstützung hülfsbedürftiger Personen, sowie die auf Gesetz, Vertrag oder letztwilliger Anordnung beruhenden Ansprüche der Versicherten gegen Dritte werden durch dieses Gesetz nicht berührt.

Soweit auf Grund dieser Verpflichtung Unterstützungen für einen Zeitraum geleistet sind, für welchen dem Unterstützten auf Grund dieses Gesetzes ein Unterstützungsanspruch zusteht, geht der letztere im Betrage der geleisteten Unterstützung auf die Gemeinde oder den Armenverband über, von welchen die Unterstützung geleistet ist.

Das Gleiche gilt von den Betriebsunternehmern und Kassen, welche die den bezeichneten Gemeinden und Armenverbänden obliegende Verpflichtung zur Unterstützung auf Grund gesetzlicher Vorschrift erfüllt haben.

Ist von der Gemeinde-Krankenversicherung oder von der Ortskrankenkasse Unterstützung in einem Krankheitsfalle geleistet, für welchen dem Versicherten ein gesetzlicher Entschädigungsanspruch gegen Dritte zusteht, so geht dieser Anspruch in Höhe der geleisteten Unterstützung auf die Gemeinde-Krankenversicherung oder die Ortskrankenkasse über.

In Fällen dieser Art gilt als Ersatz der im § 6 Absatz 1 Ziffer 1 bezeichneten Leistungen die Hälfte des gesetzlichen Mindestbetrages des Krankengeldes.

§ 57a. Auf Erfordern einer Gemeinde-Krankenversicherung oder einer Ortskrankenkasse ist den bei ihr versicherten Personen, welche ausserhalb des Bezirks derselben wohnen, im Falle der Erkrankung von der für Versicherungspflichtige desselben Gewerbszweiges oder derselben Betriebsart bestehenden Ortskrankenkasse oder in Ermangelung einer solchen von der Gemeinde-Krankenversicherung des Wohnortes dieselbe Unterstützung zu gewähren, welche der Erkrankte von der Gemeinde-Krankenversicherung oder Ortskrankenkasse, der er angehört, zu beanspruchen hat. Diese haben der unterstützenden Ortskrankenkasse oder Gemeinde-Krankenversicherung die hieraus erwachsenden Kosten zu erstatten.

Dasselbe gilt für Versicherte, welche während eines vorübergehenden Aufenthalts ausserhalb des Bezirks der Gemeinde-Krankenversicherung oder Ortskrankenkasse, der sie angehören, erkranken, sofern oder solange ihre Ueberführung nach ihrem Wohnorte nicht erfolgen kann. Eines besonderen Antrages der Gemeinde-Krankenversicherung oder Ortskrankenkasse bedarf es in diesen Fällen nicht.

Erfolgt die Erkrankung im Auslande, so hat der Betriebsunternehmer dem Erkrankten, sofern oder solange eine Ueberführung in das Inland nicht erfolgen kann,

diejenigen Unterstützungen zu gewähren, welche der letztere von der Gemeinde-Krankenversicherung oder der Ortskrankenkasse, der er angehört, zu beanspruchen hat. Diese hat dem Betriebsunternehmer die ihm hieraus erwachsenden Kosten zu erstatten.

Für die Erstattung der Kosten gilt in diesen Fällen als Ersatz der im § 6 Absatz 1 Ziffer 2 bezeichneten Leistungen die Hälfte des Krankengeldes.

§ 57b. Streitigkeiten zwischen Gemeinde-Krankenversicherungen und Ortskrankenkassen oder zwischen Ortskrankenkassen über die Frage, welcher von ihnen die in einem Gewerbszweige oder in einer Betriebsart oder in einem einzelnen Betriebe beschäftigten Personen angehören, werden von der höheren Verwaltungsbehörde entschieden.

Gegen die Entscheidung steht den Betheiligten nur die Beschwerde an die Centralbehörde zu. Die Beschwerde ist binnen zwei Wochen nach der Eröffnung der Entscheidung einzulegen.

Ergeht die Entscheidung dahin, dass versicherungspflichtige Personen einer anderen Kasse als derjenigen, bei welcher sie bisher thatsächlich versichert waren, anzugehören haben, so ist in derselben der Zeitpunkt zu bestimmen, mit welchem das neue Versicherungsverhältniss in Kraft tritt.

§ 58. Streitigkeiten, welche zwischen den auf Grund dieses Gesetzes zu versichernden Personen oder ihren Arbeitgebern einerseits und der Gemeinde-Krankenversicherung oder der Ortskrankenkasse andererseits über das Versicherungsverhältniss oder über die Verpflichtung zur Leistung oder Einzahlung von Eintrittsgeldern und Beiträgen oder über Unterstützungsansprüche aus § 57a Absatz 3 und über Erstattungsansprüche aus § 50 werden von der Aufsichtsbehörde entschieden. Erstreckt sich der Bezirk der Gemeinde-Krankenversicherung oder der Ortskrankenkasse über mehrere Gemeindebezirke, so kann durch die Centralbehörde die Entscheidung anderen Behörden übertragen werden. Die Entscheidung kann binnen vier Wochen nach der Zustellung derselben mittelst Klage im ordentlichen Rechtswege, soweit aber landesgesetzlich solche Streitigkeiten dem Verwaltungsstreitverfahren überwiesen sind, im Wege des letzteren angefochten werden.

Streitigkeiten über die im § 57 Absatz 2 und 3 bezeichneten Ansprüche, Streitigkeiten über Erstattungsansprüche aus § 3a Absatz 4, §§ 3b und 57a, ferner Streitigkeiten zwischen Gemeinde-Krankenversicherungen und Krankenkassen über den Ersatz irrthümlich geleisteter Unterstützungen werden im Verwaltungsstreitverfahren, wo ein solches nicht besteht, von der Aufsichtsbehörde entschieden. Die Entscheidung der Aufsichtsbehörde kann binnen vier Wochen nach Zustellung derselben im Wege des Recurses nach Maassgabe der §§ 20 und 21 der Gewerbeordnung angefochten werden.

Streitigkeiten zwischen einem Verbande und den betheiligten Kassen (§ 46) aus dem Verbandsverhältniss werden von der Aufsichtsbehörde entschieden. Die Entscheidung können binnen vier Wochen nach der Zustellung derselben im Wege des Verwaltungsstreitverfahrens, wo ein solches nicht besteht, im Wege des Recurses nach Maassgabe der Vorschriften der §§ 20 und 21 der Gewerbeordnung angefochten werden.

Die Entscheidung der Aufsichtsbehörde über Unterstützungsansprüche oder über Ansprüche eines Verbandes an die betheiligten Kassen (Absatz 1 und 3) ist vorläufig vollstreckbar.

### E. Betriebs- (Fabrik-) Kankenkassen.

§ 59. Krankenkassen, welche für einen der im § 1 bezeichneten Betriebe oder für mehrere dieser Betriebe gemeinsam in der Weise errichtet werden, dass auf dem

Wege des Arbeitsvertrages (durch Fabrikordnung, Reglement u. s. w.) die in dem Betriebe beschäftigten Personen zum Beitritt verpflichtet werden, unterliegen den nachfolgenden Vorschriften.

§ 60. Ein Unternehmer, welcher in einem Betriebe oder in mehreren Betrieben fünfzig oder mehr dem Krankenversicherungszwange unterliegende Personen beschäftigt, ist berechtigt, eine Betriebs- (Fabrik-) Krankenkasse zu errichten.

Er kann dazu durch Anordnung der höheren Verwaltungsbehörde verpflichtet werden, wenn dies von der Gemeinde, in welcher die Beschäftigung stattfindet, oder von der Krankenkasse, welcher die beschäftigten Personen angehören, beantragt wird. Vor der Anordnung ist dem Unternehmer, sowie den von ihm beschäftigten Personen oder von diesen gewählten Vertretern und, falls der Antrag von einer Ortskrankenkasse ausgegangen ist, auch der Gemeinde zu einer Aeusserung darüber Gelegenheit zu geben.

§. 61. Unternehmer eines Betriebes, welcher für die darin beschäftigten Personen mit besonderer Krankheitsgefahr verbunden ist, können auch dann, wenn sie weniger als fünfzig Personen beschäftigten, zur Errichtung einer Betriebs- (Fabrik-) Krankenkasse angehalten werden.

Unternehmern eines Betriebes, in welchem weniger als fünfzig Personen beschäftigt werden, kann die Errichtung einer Betriebs- (Fabrik-) Krankenkasse gestattet werden, wenn die nachhaltige Leistungsfähigkeit der Kasse in einer von der höheren Verwaltungsbehörde für ausreichend erachteten Weise sichergestellt ist.

§ 62. Unternehmer, welche der Verpflichtung, eine Betriebs- (Fabrik-) Krankenkasse zu errichten, innerhalb der von der höheren Verwaltungsbehörde zu bestimmenden Frist nicht nachkommen, sind verpflichtet, für jede in ihrem Betriebe beschäftigte, dem Versicherungszwange unterliegende Person Beiträge bis zu 5 pCt. des verdienten Lohnes aus eigenen Mitteln zur Gemeinde-Krankenversicherung oder zur Ortskrankenkasse zu leisten.

Die Höhe der zu leistenden Beiträge wird nach Anhörung der Gemeindebehörde von der höheren Verwaltungsbehörde endgültig festgesetzt.

§ 63. Versicherungspflichtige Personen, welche in dem Betriebe, für welchen eine Betriebs- (Fabrik-) Krankenkasse errichtet ist, beschäftigt werden, gehören vorbehaltlich der Bestimmungen des § 75 mit dem Tage des Eintritts in die Beschäftigung der Kasse als Mitglieder an.

Nichtversicherungspflichtige in dem Betriebe beschäftigte Personen haben das Recht, der Kasse beizutreten, sofern ihr jährliches Gesammteinkommen zweitausend Mark nicht übersteigt. Der Beitritt erfolgt durch schriftliche oder mündliche Anmeldung bei dem Kassenvorstande, gewährt aber keinen Anspruch auf Unterstützung im Falle einer bereits zur Zeit dieser Anmeldung eingetretenen Erkrankung. Die Kasse ist berechtigt, nichtversicherungspflichtige Personen, welche sich zum Beitritt melden, einer ärztlichen Untersuchung unterziehen zu lassen und ihre Aufnahme abzulehnen, wenn die Untersuchung eine bereits bestehende Krankheit ergiebt.

Versicherungspflichtigen Personen ist der Austritt mit dem Schlusse des Rechnungsjahres zu gestatten, wenn sie denselben mindestens drei Monate vorher bei dem Vorstande beantragen und vor dem Austritt nachweisen, dass sie einer der im § 75 bezeichneten Kassen angehören.

Nichtversicherungspflichtige Personen, welche die Beiträge an zwei auf einander folgenden Zahlungsterminen nicht geleistet haben, scheiden damit aus der Kasse aus.

§ 64. Die für Ortskrankenkassen geltenden Bestimmungen der §§ 20 bis 42, 46 bis 46b, 48a und 49a Absatz 4 finden auf die Betriebs- (Fabrik-) Krankenkassen mit folgenden Abänderungen Anwendung:

1. Das Kassenstatut (§ 23) ist durch den Betriebsunternehmer in Person oder durch einen Beauftragten nach Anhörung der beschäftigten Personen oder der von denselben gewählten Vertreter zu errichten.

2. Durch das Kassenstatut kann dem Betriebsunternehmer oder einem Vertreter desselben der Vorsitz im Vorstande und in der Generalversammlung übertragen werden.

3. Die Rechnungs- und Kassenführung ist unter Verantwortlichkeit und auf Kosten des Betriebsunternehmers durch einen von demselben zu bestellenden Rechnungs- und Kassenführer wahrzunehmen. Verwendungen von Kassengeldern in den Nutzen der Betriebsunternehmer fallen unter die Vorschrift des § 42 Absatz 2.

4. Reichen die Bestände einer auf Grund der Vorschrift des § 61 errichteten Betriebs- (Fabrik-) Krankenkasse nicht aus, um die laufenden Ausgaben derselben zu decken, so sind von dem Betriebsunternehmer die erforderlichen Vorschüsse zu leisten.

5. Die aus dem Betriebe ausgeschiedenen Personen, welche auf Grund der Vorschrift des § 27 Mitglieder der Kasse bleiben, können Stimmrechte nicht ausüben und Kassenämter nicht bekleiden.

§ 65. Die Betriebsunternehmer sind verpflichtet, die statutenmässigen Eintrittsgelder und Beiträge für die von ihnen beschäftigten versicherungspflichtigen Kassenmitglieder zu den durch das Kassenstatut festgesetzten Zahlungsterminen in die Kasse einzuzahlen und die Beiträge zu einem Drittel aus eigenen Mitteln zu leisten.

Werden die gesetzlichen Mindestleistungen der Kasse (§ 20) durch die Beiträge, nachdem diese für die Versicherten drei Procent der durchschnittlichen Tagelöhne oder des Arbeitsverdienstes erreicht haben, nicht gedeckt, so hat der Betriebsunternehmer die zur Deckung derselben erforderlichen Zuschüsse aus eigenen Mitteln zu leisten.

Die Bestimmungen des § 52 Abs. 3 und der §§ 52a bis 53a, 54a bis 58 finden auch auf Betriebs- (Fabrik-) Krankenkassen entsprechende Anwendung.

§ 66. Auf die Beaufsichtigung der Betriebs- (Fabrik-) Krankenkassen finden die §§ 44, 45 Anwendung.

Die Aufsichtsbehörde ist befugt, Ansprüche, welche der Kasse gegen den Betriebsunternehmer aus der Rechnungs- und Kassenführung erwachsen (§ 64 Ziffer 3), in Vertretung der Kasse entweder selbst oder durch einen von ihr zu bestellenden Vertreter geltend zu machen.

§ 67. Wird der Betrieb oder werden die Betriebe, für welche die Kasse errichtet ist, zeitweilig eingestellt oder soweit eingeschränkt, dass die Zahl der darin beschäftigten versicherungspflichtigen Personen unter die doppelte Zahl der statutenmässigen Vorstandsmitglieder sinkt, so kann die Verwaltung von der Aufsichtsbehörde übernommen werden, welche dieselbe durch einen von ihr zu bestellenden Vertreter wahrzunehmen hat.

Das vorhandene Kassenvermögen, die Rechnungen, Bücher und sonstigen Actenstücke der Kasse sind in diesem Falle der Aufsichtsbehörde auszuliefern.

Vorstehende Bestimmungen finden keine Anwendung, wenn die zeitweilige Einstellung oder Einschränkung eine durch die Art des Betriebes bedingte periodisch wiederkehrende ist.

§ 67a. Geht von mehreren Betrieben eines Unternehmers, für welche eine gemeinsame Betriebs- (Fabrik-) Krankenkasse besteht, einer in den Besitz eines anderen Unternehmers über, so scheiden die in diesem Betriebe beschäftigten Personen auf den Antrag eines der betheiligten Unternehmer aus der Kasse aus.

In diesem Falle erfolgt die Theilung des Vermögens der bisher gemeinsamen Kasse nach folgenden Bestimmungen:

1. Ergiebt sich nach Berichtigung der etwa vorhandenen Schulden und Deckung

der vor dem Zeitpunkte des Ausscheidens bereits entstandenen Unterstützungsansprüche ein überschiessendes Vermögen, so ist der Theil desselben, welcher dem Verhältniss der Zahl der ausscheidenden zur Gesammtzahl der bisherigen Kassenmitglieder entspricht, derjenigen Krankenkasse zu überweisen, welcher die in dem ausscheidenden Betriebe beschäftigten Personen fortan anzugehören haben.

2. Ergiebt sich ein Fehlbetrag, so ist derselbe, falls der Antrag von dem Unternehmer des ausscheidenden Betriebes gestellt worden ist, von diesem in dem unter Ziffer 1 festgesetzten Verhältniss zu decken.

Der Antrag auf Ausscheidung ist an die höhere Verwaltungsbehörde zu richten. Diese bestimmt den Zeitpunkt, mit welchem die Ausscheidung stattzufinden hat, und entscheidet über die Vertheilung des Vermögens. Gegen diese Entscheidung steht den Betheiligten binnen zwei Wochen die Beschwerde an die Centralbehörde zu.

§ 67b. Bei Veränderungen in der Organisation einer öffentlichen Betriebsverwaltung kann auf deren Antrag die höhere Verwaltungsbehörde die Bezirke der für diese Verwaltung bestehenden Betriebs- (Fabrik-) Krankenkassen nach Anhörung der Kassenorgane anderweit festsetzen. Dabei finden die Vorschriften des § 87a Absatz 2 nnd 3 entsprechende Anwendung.

§ 67c. Mehrere Betriebs- (Fabrik-) Krankenkassen für Betriebe desselben Unternehmers können mit Zustimmung ihrer Generalversammlungen zu einer Kasse vereinigt werden.

Die Vereinigung erfolgt durch Errichtung eines Kassenstatuts für die vereinigte Kasse nach Vorschrift des § 64 Ziffer 1 mit der Maassgabe, dass als Vertreter der beschäftigten Personen die Generalversammlungen der bestehenden Kassen gelten.

Mit dem Zeitpunkte, zu welchem die vereinigte Kasse ins Leben tritt, gehen auf dieselbe alle Rechte und Verbindlichkeiten der bisherigen Kassen über.

§ 68. Die Kasse ist zu schliessen:

1. wenn der Betrieb oder die Betriebe, für welche sie errichtet ist, aufgelöst werden;

2. soweit nicht auf den Betrieb, für welchen die Kasse errichtet ist, die Vorschrift des § 61 Absatz 1 Anwendung findet, wenn die Zahl der in dem Betriebe beschäftigten versicherungspflichtigen Personen dauernd unter die gesetzliche Mindestzahl (§ 60) sinkt und die dauernde Leistungsfähigkeit der Kasse nicht genügend sichergestellt wird (§ 61 Absatz 2);

3. wenn der Betriebsunternehmer es unterlässt, für ordnungsmässige Kassen- und Rechnungsführung Sorge zu tragen.

In dem Falle zu 3 kann gleichzeitig mit der Schliessung der Kasse dem Betriebsunternehmer die im § 62 vorgesehene Verpflichtung auferlegt und die Errichtung einer neuen Betriebs- (Fabriks-) Krankenkasse versagt werden.

Die Kasse kann nach Anhörung der betheiligten Gemeinden aufgelöst werden, wenn der Betriebsunternehmer unter Zustimmung der Generalversammlung die Auflösung beantragt.

Die Schliessung oder Auflösung erfolgt durch die höhere Verwaltungsbehörde. Gegen den dieselbe aussprechenden oder ablehnenden Bescheid, in welchem die Gründe anzugeben sind, kann binnen zwei Wochen nach der Zustellung Beschwerde an die vorgesetzte Behörde erhoben werden.

Auf das Vermögen der geschlossenen oder aufgelösten Kasse finden die Vorschriften des § 47 Absatz 5 entsprechende Anwendung. Sind die zur Deckung bereits entstandener Unterstützungsansprüche erforderlichen Mittel nicht vorhanden, so sind die letzteren vor Schliessung oder Auflösung der Kasse aufzubringen. Die Haftung für dieselben liegt dem Betriebsunternehmer ob.

### F. Baukrankenkassen.

§ 69. Für die bei Eisenbahn-, Canal-, Wege-, Strom-, Deich- und Festungsbauten, sowie in anderen vorübergehenden Baubetrieben beschäftigten Personen haben die Bauherren auf Anordnung der höheren Verwaltungsbehörde Baukrankenkassen zu errichten, wenn sie zeitweilig eine grössere Zahl von Arbeitern beschäftigen.

§ 70. Die den Bauherren obliegende Verpflichtung kann mit Genehmigung der höheren Verwaltungsbehörde auf einen oder mehrere Unternehmer, welche die Ausführung des Baues oder eines Theiles desselben für eigene Rechnung übernommen haben, übertragen werden, wenn dieselben für die Erfüllung der Verpflichtung eine nach dem Urtheil der höheren Verwaltungsbehörde ausreichende Sicherheit bestellen.

§ 71. Bauherren, welche der ihnen nach § 69 auferlegten Verpflichtung nicht nachkommen, haben den von ihnen beschäftigten Personen für den Fall einer Krankheit und im Falle des Todes derselben ihren Hinterbliebenen die im § 20 vorgeschriebenen Unterstützungen aus eigenen Mitteln zu leisten.

§ 72. Die in Gemässheit des § 69 errichteten Krankenkassen sind zu schliessen:

1. wenn der Betrieb, für welchen sie errichtet sind, aufgelöst wird;

2. wenn der Bauherr oder Unternehmer es unterlässt, für ordnungsmässige Kassen- und Rechnungsführung Sorge zu tragen.

In dem Falle zu 2 trifft den Bauherren oder Unternehmer die im § 71 ausgesprochene Verpflichtung.

Im Uebrigen finden auf die in Gemässheit des § 69 errichteten Krankenkassen die Vorschriften der §§ 63 bis 68 mit der Maassgabe Anwendung, dass über die Anwendbarkeit der Vorschrift des § 32 die höhere Verwaltungsbehörde bei Genehmigung des Kassenstatuts, über die Verwendung des bei Schliessung oder Auflösung einer Kasse verbleibenden Restes des Kassenvermögens das Kassenstatut Bestimmung treffen muss. Eine Verwendung zu Gunsten des Bauherrn oder Unternehmers ist ausgeschlossen.

Auf Streitigkeiten über Unterstützungsansprüche, welche auf Grund des § 71 gegen den Bauherrn erhoben werden, findet die Vorschrift des § 58, Absatz 1, Anwendung; auf Streitigkeiten über Ersatzansprüche, welche auf Grund des § 71 und des § 57, Absatz 2, gegen den Bauherrn erhoben werden, findet die Vorschrift des § 58, Absatz 2, Anwendung.

### G. Innungskrankenkassen.

§ 73. Auf Krankenkassen, welche auf Grund der Vorschriften des Titels VI der Gewerbeordnung von Innungen für die Gesellen und Lehrlinge ihrer Mitglieder errichtet werden, finden die Vorschriften des § 19, Absatz 5, §§ 20 bis 22, 26 bis 33, 39 bis 42, 46, 46a, 46b, 48a, Absatz 2, § 49a, Absatz 4, §§ 51 bis 53a, 54a bis 58, 65, Absatz 2, Anwendung.

Wird für eine Innung nach Maassgabe der vorstehenden Bestimmung eine Innungs-Krankenkasse errichtet, so werden die von Innungsmitgliedern in ihrem Gewerbebetriebe beschäftigten versicherungspflichtigen Personen, vorbehaltlich der Bestimmung des § 75, soweit sie zu dem Zeitpunkte, mit welchem die Kasse ins Leben tritt, in dieser Beschäftigung stehen, mit diesem Zeitpunkte, soweit sie später in diese Beschäftigung eintreten, mit diesem Eintritt Mitglied der Innungs-Krankenkasse.

Versicherungspflichtige Personen, deren Arbeitgeber der Innung, für welche eine Innungs-Krankenkasse errichtet ist, erst nach deren Errichtung beitreten, werden, soweit sie bisher einer Ortskrankenkasse angehörten, mit Beginn des neuen Rechnungsjahres Mitglieder der Innungs-Krankenkasse, sofern der Arbeitgeber drei Monate

zuvor dem Vorstande der Ortskrankenkasse seinen Eintritt in die Innung nachgewiesen hat.

Mit dem Zeitpunkte, mit welchem versicherungspflichtige Personen Mitglieder einer Innungs-Krankenkasse werden, scheiden sie aus anderen auf Grund dieses Gesetzes errichteten Kassen, welchen sie bis dahin vermöge ihrer Beschäftigung angehörten, aus.

Den Zeitpunkt, mit welchem eine neu errichtete Innungs-Krankenkasse ins Leben tritt, bestimmt die höhere Verwaltungsbehörde.

Im Uebrigen bleiben für diese Kassen die Vorschriften des Titels VI der Gewerbeordnung in Kraft.

### H. Verhältniss der Knappschaftskassen und der eingeschriebenen und anderen Hülfskassen zur Krankenversicherung.

§ 74. Für die Mitglieder der auf Grund berggesetzlicher Vorschriften errichteten Krankenkassen (Knappschaftskassen) tritt weder die Gemeinde-Krankenversicherung, noch die Verpflichtung, einer nach Maassgabe der Vorschriften dieses Gesetzes errichteten Krankenkasse anzugehören, ein.

Die statutenmässigen Leistungen dieser Kassen in Krankheitsfällen müssen die für die Betriebs- (Fabrik-) Krankenkassen vorgeschriebenen Mindestleistungen erreichen.

Die Vorschriften des § 26, Absatz 1 und Absatz 2, Satz 1, §§ 56a und 57a, finden auch auf Knappschaftskassen Anwendung.

Im Uebrigen bleiben die landesgesetzlichen Vorschriften über die Knappschaftskassen unberührt.

§ 75. Mitglieder der auf Grund des Gesetzes über die eingeschriebenen Hülfskassen vom $\frac{\text{7. April 1876 (Reichs-Gesetzbl. S. 125)}}{\text{1. Juni 1884 (Reichs-Gesetzbl. S. 54)}}$ errichteten Kassen sind von der Verpflichtung, der Gemeinde-Krankenversicherung oder einer nach Maassgabe dieses Gesetzes errichteten Krankenkasse anzugehören, befreit, wenn die Hülfskasse, welcher sie angehören, allen ihren versicherungspflichtigen Mitgliedern oder doch derjenigen Mitgliederklasse, zu welcher der Versicherungspflichtige gehört, im Krankheitsfalle mindestens diejenigen Leistungen gewährt, welche nach Maassgabe der §§ 6 und 7 von der Gemeinde, in deren Bezirk der Versicherungspflichtige beschäftigt ist, zu gewähren sind. Die durch Kassenstatut begründeten Beschränkungen der Unterstützungsansprüche schliessen die Befreiung nicht aus, wenn sie sich innerhalb der Grenzen der den Gemeinden nach § 6a gestatteten Beschränkungen halten.

Tritt ein Mitglied einer eingeschriebenen Hülfskasse an einem Orte in Beschäftigung, an welchem das Krankengeld der Mitgliederkasse, der es bisher angehörte, hinter dem von der Gemeinde-Krankenversicherung zu gewährenden Krankengelde zurückbleibt, so gilt die Befreiung noch für die Dauer von zwei Wochen. Die Meldepflicht des Arbeitgebers (§ 49, Absatz 1) beginnt in diesen Fällen erst mit dem Ablauf dieser zwei Wochen.

Mitgliedern einer eingeschriebenen Hülfskasse, welche zugleich der Gemeinde-Krankenversicherung oder einer auf Grund dieses Gesetzes errichteten Krankenkasse angehören, kann an Stelle der freien ärztlichen Behandlung und Arznei eine Erhöhung des Krankengeldes um ein Viertel des Betrages des ortsüblichen Tagelohnes (§ 8) ihres Beschäftigungsortes gewährt werden.

Die vorstehenden Bestimmungen finden auch auf Mitglieder solcher auf Grund landesherrlicher Vorschriften errichteten Hülfskassen Anwendung, deren Statut von

einer Staatsbehörde genehmigt ist und über die Bildung eines Reservefonds den §§ 32, 33 entsprechende Bestimmungen enthält.

§ 75a. Den eingeschriebenen Hülfskassen, sowie den im § 75, Absatz 4, bezeichneten, auf Grund landesrechtlicher Vorschriften errichteten Hülfskassen ist auf ihren Antrag eine amtliche Bescheinigung darüber auszustellen, dass sie, vorbehaltlich der Höhe des Krankengeldes, den Anforderungen des § 75 genügen.

Die Bescheinigung wird ausgestellt:

1. für Kassen, deren Bezirk über die Grenzen eines Bundesstaates nicht hinausreicht, von der Centralbehörde;

2. für Kassen, deren Bezirk über die Grenzen eines Bundesstaates hinausreicht, von dem Reichskanzler.

Wird die Bescheinigung versagt, so sind die Gründe mitzutheilen.

Tritt in dem Statut der Kasse eine Aenderung ein, so ist von Amtswegen zu prüfen, ob die Kasse den Anforderungen des § 75 auch ferner entspricht. Nach dem Ausfall dieser Prüfung ist die Bescheinigung von Neuem zu ertheilen oder zu widerrufen.

Die Bescheinigung und deren Widerruf sind in dem Falle zu 1 durch das für die amtlichen Bekanntmachungen der Centralbehörde bestimmte Blatt, in dem Falle zu 2 durch den Reichsanzeiger bekannt zu machen.

§ 75b. Bei Streitigkeiten über die Befreiung eines Mitgliedes einer Hülfskasse von der Verpflichtung, einer Gemeinde-Krankenversicherung oder einer auf Grund dieses Gesetzes errichteten Krankenkasse anzugehören, ist für die Entscheidung der Frage, ob die Kasse den Anforderungen des § 75 genügt, vorbehaltlich der Frage, ob das Krankengeld die Hälfte des ortsüblichen Lohnes gewöhnlicher Tagearbeiter am Beschäftigungsorte des Mitgliedes erreicht, die auf Grund des § 75a ausgestellte Bescheinigung maassgebend.

Der Nachweis der Bescheinigung wird durch Vorlegung eines Exemplars des Kassenstatuts geführt, in welchem das die Bekanntmachung enthaltende Blatt nach Jahrgang, Nummer und Seitenzahl angegeben ist.

§ 76. Die Bestimmungen der §§ 57 und 58, Absatz 2, finden auf die im § 75 bezeichneten Hülfskassen Anwendung.

### J. Schluss-, Straf- und Uebergangsbestimmungen.

§ 76a. Die Verwaltungen der Gemeinde-Krankenversicherung, sowie die Vorstände der Krankenkassen und der im § 75 bezeichneten Hülfskassen sind verpflichtet, den Behörden von Gemeinden und Armenverbänden, welche auf Grund der ihnen obliegenden gesetzlichen Verpflichtung zur Unterstützung hülfsbedürftiger Personen Versicherte unterstützt haben, auf Erfordern Auskunft darüber zu ertheilen, ob und in welchem Umfange diesen Personen gegen sie Unterstützungsansprüche auf Grund dieses Gesetzes zustehen.

Die Verwaltungen der Gemeinde-Krankenversicherung, sowie die Vorstände der Krankenkassen und der im § 75 bezeichneten Hülfskassen sind ferner verpflichtet, den auf Grund der Unfallversicherungsgesetze bestehenden Berufsgenossenschaften, sowie den auf Grund des Gesetzes, betreffend die Invaliditäts- und Altersversicherung, vom 22. Juni 1889 (Reichs-Gesetzbl. S. 97) bestehenden Versicherungsanstalten zu gestatten, zum Zweck der Ermittelung der von ihren Mitgliedern, beziehungsweise den Arbeitgebern ihres Bezirks beschäftigten Versicherten und deren Beschäftigungszeit und Lohnhöhe durch Beauftragte von den Büchern und Listen der Kasse in deren Geschäftsräumen während der Geschäftsstunden Einsicht zu nehmen.

Die Mitglieder der Verwaltungen der Gemeinde-Krankenversicherung und der Kassenvorstände können zur Erfüllung der ihnen durch vorstehende Bestimmungen auferlegten Verpflichtungen von der Aufsichtsbehörde durch Geldstrafen bis zu 20 Mark angehalten werden.

§ 76b. Die Verwaltung der Gemeinde-Krankenversicherung, sowie die Vorstände der Krankenkassen und der im § 75 bezeichneten Hülfskassen sind verpflichtet, jeden Erkrankungsfall, welcher durch einen nach den Unfallsversicherungsgesetzen zu entschädigenden Unfall herbeigeführt ist, sofern mit dem Ablauf der vierten Woche der Krankheit die Erwerbsfähigkeit des Erkrankten noch nicht wiederhergestellt ist, binnen einer Woche nach diesem Zeitpunkte dem Vorstande der Berufsgenossenschaft, bei welcher der Erkrankte gegen Unfall versichert ist, anzuzeigen. Ist die Berufsgenossenschaft in Sectionen getheilt, so ist die Anzeige an den Sectionsvorstand zu richten. Zur Erstattung der Anzeige ist, sofern der Vorstand der Gemeinde oder der Krankenkasse nicht eine andere Person damit beauftragt, der Rechnungsführer, für örtliche Verwaltungsstellen der eingeschriebenen Hülfskassen dasjenige Mitglied, welches die Rechnungsgeschäfte derselben führt, verpflichtet.

Die Unterlassung der Anzeige kann von der Aufsichtsbehörde mit Ordnungsstrafe bis zu zwanzig Mark geahndet werden.

§ 76c. In Erkrankungsfällen, welche durch Unfall herbeigeführt werden, ist die Berufsgenossenschaft berechtigt, das Heilverfahren auf ihre Kosten zu übernehmen. Vom Tage der Uebernahme an bis zur Beendigung des Heilverfahrens oder bis zum Ablauf der dreizehnten Woche nach Beginn des Krankengeldbezuges geht der Anspruch des Erkrankten auf Krankengeld auf die Berufsgenossenschaft über. Auf diese gehen dagegen für denselben Zeitraum alle Verpflichtungen über, welche der Krankenkasse dem Erkrankten gegenüber obliegen.

Streitigkeiten aus diesem Verhältniss werden, soweit sie zwischen dem Erkrankten und der Berufsgenossenschaft entstehen, nach Vorschriften des § 58 Absatz 1, soweit sie zwischen der Berufsgenossenschaft und der Gemeinde-Krankenversicherung oder Krankenkassen entstehen, nach Vorschrift des § 58 Absatz 2 entschieden.

§ 76d. Den Berufsgenossenschaften stehen in Beziehung auf die Anwendung der §§ 76a, 76b, 76c das Reich, die Staaten und diejenigen Verbände gleich, welche nach den Bestimmungen der Unfallversicherungsgesetze an die Stelle der Berufsgenossenschaften treten.

§ 76e. Gegen die Strafverfügungen, welche auf Grund der im § 6a Absatz 2 und § 26a Absatz 2 Ziffer 2a zugelassenen Bestimmungen getroffen worden sind, ist binnen zwei Wochen nach deren Eröffnung Beschwerde an die Aufsichtsbehörde zulässig. Die Entscheidung der letzteren ist endgültig.

Gegen die auf Grund der §§ 76a und 76b getroffenen Strafverfügungen ist binnen zwei Wochen nach deren Eröffnung Beschwerde an die nächst vorgesetzte Behörde zulässig. Die Entscheidung der letzteren ist endgültig.

§ 77. Die auf Grund dieses Gesetzes gewährten Leistungen, sowie die Unterstützungen, welche nach Maassgabe des § 57 Absatz 2 und 3 ersetzt sind, gelten nicht als öffentliche Armenunterstützungen.

§ 78. Die auf Grund dieses Gesetzes versicherten Personen sind in Streitigkeiten über Unterstützungsansprüche vom Kostenvorschuss befreit.

Amtliche Bescheinigungen, welche zur Legitimation von Kassen- und Verbandsvorständen oder zur Führung der den Versicherten nach Vorschriften dieses Gesetzes obliegenden Nachweise erforderlich werden, sind gebühren- und stempelfrei.

§ 78a. Bei der Berechnung einer in diesem Gesetze vorgesehenen Frist, welche

nach Tagen bestimmt ist, wird der Tag nicht mitgerechnet, auf welchen der Zeitpunkt oder das Ereigniss fällt, nach welchem der Anfang der Frist sich richten soll.

Eine nach Wochen oder Monaten bestimmte Frist endet mit Ablauf desjenigen Tages der letzten Woche oder des letzten Monats, welcher durch seine Benennug oder Zahl dem Tage entspricht, an welchem die Frist begonnen hat. Fehlt dieser Tag in dem letzten Monat, so endigt die Frist mit Ablauf des letzten Tages dieses Monats.

Fällt das Ende einer Frist auf einen Sonntag oder allgemeinen Feiertag, so endigt die Frist mit Ablauf des nächstfolgenden Werktages. Auf die Berechnung der Dauer der Krankenunterstützung findet die Vorschrift keine Anwendung.

§ 79. Die Fristen und Formulare für die in den §§ 9, 41 vorgeschriebenen Uebersichten und Rechnungsabschlüsse werden vom Bundesrath festgestellt. Mindestens von fünf zu fünf Jahren findet eine einheitliche Zusammenstellung und Verarbeitung für das Reich statt.

§ 80. Den Arbeitgebern ist untersagt, die Anwendung der Bestimmungen dieses Gesetzes zum Nachtheile der Versicherten durch Verträge (mittelst Reglements oder besonderer Uebereinkunft) auszuschliessen oder zu beschränken. Vertragsbestimmungen, welche diesem Verbote zuwiderlaufen, haben keine rechtliche Wirkung.

§ 81. Wer der ihm nach § 49 oder nach den auf Grund des § 2 Absatz 2 erlassenen Bestimmungen obliegenden Verpflichtung zur An- oder Abmeldung oder der ihm nach § 49a obliegenden Anzeigepflicht nicht nachkommt, wird mit Geldstrafe bis zu zwanzig Mark bestraft.

§ 82. Arbeitgeber, welche den von ihnen beschäftigten, dem Krankenversicherungszwange unterliegenden Personen bei der Lohnzahlung vorsätzlich höher als die nach §§ 53, 65 zulässigen Beträge in Anrechnung bringen, oder der Bestimmung des § 53 Absatz 3, oder dem Verbote des § 80 entgegenhandeln, werden, sofern nicht nach anderen gesetzlichen Bestimmungen eine härtere Strafe eintritt, mit Geldstrafe bis zu dreihundert Mark oder mit Haft bestraft.

§ 82a. Die Arbeitgeber sind befugt, die Erfüllung der ihnen durch dieses Gesetz auferlegten Verpflichtungen solchen Personen zu übertragen, welche sie zur Leitung ihres Betriebes oder eines Theiles desselben oder zur Beaufsichtigung bestellt haben.

Sind die in diesem Gesetze gegebenen Vorschriften von solchen Personen übertreten worden, so trifft die Strafe die letzteren. Der Arbeitgeber ist neben denselben strafbar, wenn die Zuwiderhandlung mit seinem Vorwissen begangen ist, oder wenn er bei der nach den Verhältnissen möglichen eigenen Beaufsichtigung des Betriebes, oder bei der Auswahl oder der Beaufsichtigung der Betriebsleiter oder Aufsichtspersonen es an der erforderlichen Sorgfalt hat fehlen lassen.

Für den Erstattungsanspruch aus § 50 haftet neben dem zur Anmeldung etwa verpflichteten Betriebsleiter oder Aufseher in allen Fällen auch der Arbeitgeber. Mehrere Verpflichtete haften dabei als Gesammtschuldner.

§ 82b. Arbeitgeber, welche den von ihnen beschäftigten Personen auf Grund des § 53 Lohnbeträge in Abzug bringen, diese Beträge aber in der Absicht, sich oder einem Dritten einen rechtswidrigen Vermögensvortheil zu verschaffen, oder die berechtigte Gemeinde-Krankenversicherung oder Krankenkasse zu schädigen, den letzteren vorenthalten, werden mit Gefängniss bestraft, neben welchem auf Geldstrafe bis zu dreitausend Mark, sowie auf Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte erkannt werden kann. Sind mildernde Umstände vorhanden, so kann ausschliesslich auf Geldstrafe erkannt werden.

§ 82c. Die auf Grund der §§ 81, 82, 82a verhängten Geldstrafen fliessen derjenigen Orts-, Betriebs- (Fabrik-), Bau- oder Innungskrankenkasse zu, welcher die

betheiligte versicherungspflichtige Person angehört, in Ermangelung einer solchen Kasse der Gemeinde-Krankenversicherung.

§ 83. Die in diesem Gesetze für Gemeinden getroffenen Bestimmungen gelten auch für die einem Gemeindeverbande nicht einverleibten selbstständigen Gutsbezirke und Gemarkungen (ausmärkische Bezirke) mit Ausnahme des § 5 Absatz 2 und des § 13. Soweit aus denselben der Gemeinde Rechte und Pflichten erwachsen, tritt an ihre Stelle der Gutsherr oder Gemarkungsberechtigte.

§ 84. Die Bestimmung darüber, welche Behörden in jedem Bundesstaate unter Gemeindebehörde, höhere Verwaltungsbehörde, und welche Verbände als weitere Communalverbände im Sinne dieses Gesetzes zu verstehen sind, bleibt den Landesregierungen mit der Maassgabe überlassen, dass mit den von den höheren Verwaltungsbehörden wahrzunehmenden Geschäften diejenigen höheren Verwaltungsbehörden zu betrauen sind, welche nach Landesrecht die Aufsicht oder Oberaufsicht in Gemeindeangelegenheiten wahrzunehmen haben.

Die auf Grund dieser Vorschrift erlassenen Bestimmungen sind bekannt zu machen.

Bei Betriebs- (Fabrik-) und Baukrankenkassen, welche ausschliesslich für Betriebe des Reiches oder des Staates errichtet werden, können die Befugnisse und Obliegenheiten der Aufsichtsbehörde und der höheren Verwaltungsbehörde den den Verwaltungen dieser Betriebe vorgesetzten Dienstbehörden übertragen werden.

§§ 85—87 enthalten Uebergangsbestimmungen.

## b) Gesetz, betreffend die Unfall- und Krankenversicherung der in land- und forstwirthschaftlichen Betrieben beschäftigten Personen. Vom 5. Mai 1886 (Reichs-Gesetzbl., S. 132).

(Die durch die spätere Gesetzgebung aufgehobenen Paragraphen sind nicht mit abgedruckt.)

### B. Krankenversicherung.

§ 133. Werden durch die Landesgesetzgebung in der Land- oder Forstwirthschaft gegen Gehalt oder Lohn beschäftigte Personen der Krankenversicherungspflicht nach Maassgabe des Krankenversicherungsgesetzes vom 15. Juni 1883 (Reichs-Gesetzbl. S. 73) unterworfen, so findet letzteres Gesetz mit den aus den §§ 134 bis 142 dieses Gesetzes sich ergebenden Aenderungen Anwendung. Dasselbe gilt, wenn durch statutarische Bestimmungen auf Grund des § 2 des Krankenversicherungsgesetzes die Anwendung der Vorschriften des § 1 des letzteren auf solche Personen erstreckt wird.

§ 134. Gemeinden oder weitere Communalverbände können bei dem Erlasse statutarischer Bestimmungen über die Krankenversicherung land- und forstwirthschaftlicher Arbeiter beschliessen, dass diese Bestimmungen auch auf ausserhalb des Communalbezirks liegende Theile solcher Betriebe sich erstrecken sollen, deren Sitz innerhalb des Bezirks der Gemeinde oder des weiteren Communalverbandes belegen ist.

§ 136. Personen, welche erweislich mindestens für dreizehn Wochen nach der Erkrankung dem Arbeitgeber gegenüber einen Rechtsanspruch auf eine den Bestimmungen des § 6 des Krankenversicherungsgesetzes entsprechende oder gleichwerthige Unterstützung haben, sind auf den Antrag des Arbeitgebers von der Versicherungspflicht zu befreien, sofern die Leistungsfähigkeit desselben genügend gesichert ist.

Ueber den Antrag entscheidet die Verwaltung der Gemeinde-Krankenversicherung oder der Vorstand der Krankenkasse, welcher die zu befreiende Person angehören würde. Wird die Leistungsfähigkeit des Arbeitgebers beanstandet, so ist der Antrag an die Aufsichtsbehörde zur Entscheidung abzugeben.

Die Entscheidung über den Befreiungsantrag ist den Betheiligten zu eröffnen und vorläufig vollstreckbar. Gegen dieselbe steht jedem Betheiligten binnen zwei Wochen die Beschwerde an die vorgesetzte Aufsichtsbehörde zu.

Die Befreiung gilt für die Dauer des Arbeitsvertrages. Sie hört vor der Beendigung derselben auf:

1. wenn dies von der im Absatz 2 bezeichneten Aufsichtsbehörde wegen nicht genügender Leistungsfähigkeit des Arbeitgebers — sei es von Amtswegen, sei es auf Vorschlag der Verwaltung der Gemeinde-Krankenversicherung oder des Vorstandes der Krankenkasse — angeordnet wird.

2. wenn der Arbeitgeber die befreite Person zur Krankenversicherung anmeldet. Die Anmeldung ist im Falle einer zur Zeit derselben bereits eingetretenen Erkrankung ohne rechtliche Wirkung.

Insoweit einer nach Absatz 1 befreiten Person im Falle der Erkrankung von dem Arbeitgeber eine den Bestimmungen des § 6 des Krankenversicherungsgesetzes entsprechende oder gleichwerthige Unterstützung nicht gewährt wird, ist dieselbe auf Antrag von der betreffenden Gemeinde-Krankenversicherung oder Krankenkasse zu gewähren. Die hiernach gemachten Aufwendungen sind von dem Arbeitgeber zu ersetzen.

Streitigkeiten über Unterstützungsansprüche, welche gegen die Gemeinde-Krankenversicherung oder Krankenkasse auf Grund des vorstehenden Absatzes entstehen, werden nach Maassgabe des § 12, Absatz 1, Streitigkeiten über Ersatzansprüche zwischen der Gemeinde-Krankenversicherung oder Krankenkasse einerseits und dem Arbeitgeber andererseits nach Maassgabe des § 12, Absatz 2, dieses Gesetzes entschieden.

§ 137. Für versicherungspflichtige Personen, welche erweislich auf Grund eines mindestens für die Dauer eines Jahres abgeschlossenen Arbeitsvertrages

1. jährliche Naturalleistungen mindestens im dreihundertfachen Werthe des von der Gemeinde-Krankenversicherung beziehungsweise Krankenkasse für einen Krankentag zu zahlenden Krankengeldes beziehen, oder für den Krankentag einen Arbeitslohn an Geld oder Naturalleistungen erhalten, welcher von der Gemeinde-Krankenversicherung beziehungsweise Krankenkasse zu zahlenden täglichen Krankengeldes mindestens gleichkommt, und
2. auf Fortgewährung dieser Leistungen, innerhalb der Geltungsdauer des Arbeitsvertrages, für mindestens dreizehn Wochen nach der Erkrankung einen Rechtsanspruch haben,

tritt auf Antrag des Arbeitgebers während der Geltungsdauer des Arbeitsvertrages eine Ermässigung der Versicherungsbeiträge ein, wogegen das Krankengeld in Wegfall kommt.

Die Ermässigung der Beiträge erfolgt in demselben Verhältniss, in welchem die Höhe des Krankengeldes zu dem Werthe der sonstigen Kassenleistungen steht. Dies Verhältniss ist durch statutarische Bestimmung festzustellen, welche für die Gemeinde-Krankenversicherung von der Gemeinde, für die gemeinsame Gemeinde-Krankenversicherung (§ 12 des Krankenversicherungsgesetzes) durch den weiteren Communalverband, für Orts- und Betriebskrankenkassen durch das Kassenstatut zu treffen ist. Die statutarischen Bestimmungen der Gemeinden und weiteren Communalverbände bedürfen der Genehmigung der höheren Verwaltungsbehörde; auf die Festsetzung durch das Kassenstatut findet § 24 des Krankenversicherungsgesetzes Anwendung. Wo weitere Communalverbände nicht bestehen, erfolgt die Festsetzung für die gemeinsame Gemeinde-Krankenversicherung durch die höhere Verwaltungsbehörde. So lange eine endgültige Festsetzung dieses Beitragsverhältnisses nicht erfolgt ist, wird für

die nach Absatz 1 versicherten Personen der dritte Theil der für andere Kassenmitglieder geltenden Beiträge entrichtet.

Soweit die im Absatz 1, Ziffer 1 bezeichneten Leistungen im Falle der Erkrankung von dem Arbeitgeber nicht in Gemässheit des Arbeitsvertrages, auf Grund dessen die Ermässigung der Beiträge erfolgt ist, gewährt werden, ist dem Erkrankten auf Antrag das Krankengeld von der Gemeinde-Krankenversicherung oder Krankenkasse zu zahlen und derselben von dem Arbeitgeber zu ersetzen. Streitigkeiten über solche Ersatzansprüche werden nach Maassgabe des § 12, Absatz 2 dieses Gesetzes entschieden.

§ 138. Durch statutarische Bestimmung (§ 137 Absatz 2) kann eine entsprechende Kürzung des Krankengeldes und der Beiträge auch für solche Versicherten angeordnet werden, welche in Krankheitsfällen auf Grund ihres Arbeitsvertrages weniger als die im § 137 Absatz 1 festgesetzten Geld- oder Naturalleistungen beziehen. Die Kürzung muss dem Verhältnisse entsprechen, in welchem der Werth dieser Leistungen zu der Höhe des Krankengeldes steht. Im Uebrigen finden die Bestimmungen des § 137 auch auf Fälle dieser Art Anwendung.

§ 141. Die auf Grund der §§ 2, 49 bis 52 Absatz 1, 53, 54 des Krankenversicherungsgesetzes erlassenen statutarischen Bestimmungen sind, soweit sie den vorstehenden Vorschriften zuwiderlaufen, bis zum 1. Januar 1887 mit denselben in Uebereinstimmung zu bringen. Soweit dies nicht geschieht, kann die Landes-Zentralbehörde nach Ablauf dieser Frist solche statutarischen Bestimmungen ganz oder theilweise ausser Kraft setzen.

Der § 3 Absatz 2 des Krankenversicherungsgesetzes findet auf die unter § 1 des gegenwärtigen Gesetzes fallenden Personen keine Anwendung.

§ 142. Durch statutarische Bestimmung einer Gemeinde für ihren Bezirk oder eines weiteren Kommunalverbandes für seinen Bezirk oder Theile desselben können Personen, welche innerhalb des betreffenden Bezirks wohnen und, ohne zu einem bestimmten Arbeitgeber in einem dauernden Arbeitsverhältnisse zu stehen, vorwiegend in land- oder forstwirthschaftlichen Betrieben dieses Bezirks gegen Lohn beschäftigt sind, auch für diejenige Zeit, in welcher eine Beschäftigung gegen Lohn nicht stattfindet, der Krankenversicherungspflicht unterworfen und, solange sie nicht zu einer die Versicherungspflicht begründenden Beschäftigung in einem anderen Erwerbszweige übergehen oder Mitglieder einer Betriebskrankenkasse werden, in diesem Bezirke zur Versicherung herangezogen werden.

Die nach solcher statutarischen Bestimmung versicherungspflichtigen Personen sind der Gemeinde-Krankenversicherung oder Ortskrankenkasse, welcher die sonstigen versicherungspflichtigen land- und forstwirthschaftlichen Arbeiter angehören, durch die Gemeindebehörde zu überweisen. Ihre Versicherung beginnt mit dem Tage ihrer Ueberweisung.

Die Ueberweisung ist zurückzunehmen, wenn die Voraussetzungen ihrer Zulässigkeit aufhören.

Die Ueberweisung, sowie der die Zurücknahme derselben ablehnende Bescheid kann nach Maassgabe des § 12 Absatz 2 dieses Gesetzes angefochten werden.

Ob und inwieweit die Vorschriften der §§ 49 bis 53 des Krankenversicherungsgesetzes auf die Arbeitgeber dieser Personen Anwendung finden, ist durch statutarische Bestimmungen zu regeln.

Solange solche Personen nach Maassgabe des Absatzes 1 in dem Bezirke ihres Wohnortes gegen Krankheit versichert sind, fällt ihre Verpflichtung zum Beitritt zu einer anderen Kasseneinrichtung für land- oder forstwirthschaftliche Arbeiter fort.

Die nach Absatz 1 und 5 zulässigen statutarischen Vorschriften bedürfen der Genehmigung der höheren Verwaltungsbehörde.

### c) Gesetz über die eingeschriebenen Hülfskassen. Vom 7. April 1876. (Reichs-Gesetzbl. 1876, S. 125) in der Fassung vom 1. Juni 1884. (Reichs-Gesetzbl. 1884, S. 54.)

(Die durch die spätere Gesetzgebung aufgehobenen Paragraphen sind nicht mit abgedruckt.)

§ 1. Kassen, welche die gegenseitige Unterstützung ihrer Mitglieder für den Fall der Krankheit bezwecken und auf freier Uebereinkunft beruhen, erhalten die Rechte einer eingeschriebenen Hülfskasse unter den nachstehend angegebenen Bedingungen.

§ 2. Die Kasse hat einen Namen anzunehmen, welcher von dem aller anderen, an demselben Orte oder in derselben Gemeinde befindlichen Hülfskassen verschieden ist und die zusätzliche Bezeichnung: „eingeschriebene Hülfskasse“ enthält.

§ 3. Das Statut der Kasse muss Bestimmung treffen:

1. über Namen, Sitz und Zweck der Kasse;
2. über den Beitritt und Austritt der Mitglieder;
3. über die Höhe der Beiträge;
4. über die Voraussetzungen, die Art und den Umfang der Unterstützungen;
5. über die Bildung des Vorstandes, über die Legitimation seiner Mitglieder und den Umfang seiner Befugnisse;
6. über die Zusammensetzung und Berufung der Generalversammlung und über die Art ihrer Beschlussfassung;

6a. über die Bildung und die Befugnisse der örtlichen Verwaltungsstellen, falls solche errichtet werden sollen;

7. über die Abänderung des Statuts;
8. über die Verwendung des Kassenvermögens im Falle der Auflösung oder Schliessung der Kasse;
9. über die Aufstellung und Prüfung der Jahresrechnung.

Das Statut darf keine Bestimmung enthalten, welche mit dem Zwecke der Kasse nicht in Verbindung steht oder den Vorschriften dieses Gesetzes zuwiderläuft.

§ 4. Das Statut ist in zwei Exemplaren dem Vorstande der Gemeinde, in deren Bezirk die Kasse ihren Sitz nimmt, von den mit der Geschäftsleitung vorläufig betrauten Personen oder von dem Vorstande der Kasse in Person einzureichen. Der Gemeindevorstand hat das Statut der höheren Verwaltungsbehörde ungesäumt zu übersenden; diese entscheidet über die Zulassung der Kasse. Der Bescheid ist innerhalb sechs Wochen zu ertheilen.

Die Zulassung darf nur versagt werden, wenn das Statut den Anforderungen dieses Gesetzes nicht genügt. Wird die Zulassung versagt, so sind die Gründe mitzutheilen. Gegen die Versagung steht der Rekurs zu; wegen des Verfahrens und der Behörden gelten die Vorschriften der §§ 20 und 21 der Gewerbeordnung. In Elsass-Lothringen finden statt derselben die dort geltenden Bestimmungen über das Verfahren in streitigen Verwaltungssachen entsprechende Anwendung. Wird die Zulassung ausgesprochen, so ist eine Ausfertigung des Statuts, versehen mit dem Vermerke der erfolgten Zulassung, zurückzugeben.

Abänderungen des Statuts unterliegen den gleichen Vorschriften. Ueber die Zulassung einer Abänderung, durch welche der Sitz der Kasse verlegt werden soll, hat die Behörde des alten Sitzes zu entscheiden.

Die Zulassung einer Kasse, welche örtliche Verwaltungsstellen einrichtet, ist bei derjenigen Verwaltungsbehörde zu erwirken, in deren Bezirk die Hauptkasse ihren Sitz nimmt.

Die höhere Verwaltungsbehörde hat die Namen der zugelassenen Hülfskassen in ein Register einzutragen.

§ 5. Die Kasse kann unter ihrem Namen Rechte erwerben und Verbindlichkeiten eingehen, Eigenthum und andere dingliche Rechte an Grundstücken erwerben, vor Gericht klagen und verklagt werden.

Für alle Verbindlichkeiten der Kasse haftet den Kassengläubigern nur das Vermögen der Kasse.

Der ordentliche Gerichtsstand der Kasse ist bei dem Gerichte, in dessen Bezirk sie ihren Sitz hat.

§ 6. Zum Beitritt der Mitglieder ist eine schriftliche Erklärung oder die Unterzeichnung des Statuts erforderlich. Handzeichen Schreibensunkundiger bedürfen der Beglaubigung durch ein Mitglied des Vorstandes oder einer örtlichen Verwaltungsstelle; vergleiche 19a ff.

Der Beitritt darf von der Betheiligung an anderen Gesellschaften oder Vereinen nur dann abhängig gemacht werden, wenn eine solche Betheiligung für sämmtliche Mitglieder bei Errichtung der Kasse durch das Statut vorgesehen ist. Im Uebrigen darf den Mitgliedern die Verpflichtung zu Handlungen oder Unterlassungen, welche mit dem Kassenzweck in keiner Verbindung stehen, nicht auferlegt werden.

§ 7. Das Recht auf Unterstützung aus der Kasse beginnt für sämmtliche Mitglieder spätestens mit dem Ablauf der dreizehnten auf den Beitritt folgenden Woche.

Hat ein Mitglied bereits das Recht auf Unterstützung erworben, so verbleibt ihm dasselbe auch nach dem Austritte oder Ausschlusse für die nach Absatz 1 festgesetzte Frist. Ist der Ausschluss wegen Zahlungssäumniss erfolgt, so läuft diese Frist von dem Tage, bis zu welchem die Beiträge bezahlt sind.

Für die erste Woche nach dem Beginn der Krankheit kann die Gewährung einer Unterstützung ausgeschlossen werden.

Der völlige oder theilweise Ausschluss der Unterstützung ist nur in Fällen solcher Krankheiten zulässig, welche sich die Mitglieder vorsätzlich oder durch schuldhafte Betheiligung an Schlägereien oder Raufhändeln, durch Trunkfälligkeit oder geschlechtliche Ausschweifungen zugezogen haben. Soweit die Unterstützung in Gewährung freier ärztlicher Behandlung oder Arznei besteht, kann sie auch in diesen Fällen nicht ausgeschlossen werden.

§ 8. Die Mitglieder sind der Kasse gegenüber lediglich zu den auf Grund dieses Gesetzes und des Statuts festgestellten Beiträgen verpflichtet.

Nach Maassgabe des Geschlechts, des Gesundheitszustandes, des Lebensalters, der Beschäftigung oder des Beschäftigungsortes der Mitglieder darf die Höhe der Beiträge verschieden bemessen werden.

Die Einrichtung von Mitgliederkassen mit verschiedenen Beitrags- und Unterstützungssätzen ist zulässig.

Im Uebrigen müssen die Beiträge und Unterstützungen für alle Mitglieder nach gleichen Grundsätzen abgemessen werden.

§ 10. Der Anspruch auf Unterstützung kann mit rechtlicher Wirkung weder verpfändet, noch übertragen, noch gepfändet und darf nur auf geschuldete Beiträge aufgerechnet werden.

§ 12. Als Krankenunterstützung können den Mitgliedern Krankengeld, ärztliche Behandlung, Arznei und andere Heilmittel, Verpflegung in einem Krankenhause, sowie die geeigneten Mittel zur Erleichterung der ihnen nach der Genesung verbliebenen körperlichen Mängel gewährt werden.

Auch kann die Krankenunterstützung an Wöchnerinnen gewährt und die Gewährung ärztlicher Behandlung auf die Familienangehörigen der Mitglieder ausgedehnt werden.

Den Hinterbliebenen verstorbener Mitglieder kann ferner eine Beihülfe gewährt werden, welche das Zehnfache der wöchentlichen Unterstützung, auf welche das verstorbene Mitglied Anspruch hatte, nicht überschreitet.

§ 13. Zu anderen Zwecken, als den im § 12 bezeichneten Unterstützungen und der Deckung der Verwaltungskosten, dürfen weder Beiträge von den Mitgliedern erhoben werden, noch Verwendungen aus dem Vermögen der Kasse erfolgen.

§ 15. Der Ausschluss von Mitgliedern aus der Kasse kann nur unter den durch das Statut bestimmten Formen und aus den darin bezeichneten Gründen erfolgen. Er ist nur zulässig bei dem Wegfall einer die Aufnahme bedingenden Voraussetzung, für den Fall einer Zahlungssäumniss oder einer solchen strafbaren Handlung, welche eine Verletzung der Bestimmungen des Statuts in sich schliesst. Wegen Ueberschreitung der Altersgrenze, über welche hinaus nach Bestimmung des Statuts Mitglieder nicht aufgenommen werden, und wegen Veränderung des Gesundheitszustandes, von welchem nach Bestimmung des Statuts die Aufnahme abhängig ist, darf der Ausschluss nicht erfolgen. Wegen des Austrittes oder Ausschlusses aus einer Gesellschaft oder einem Vereine können Mitglieder nicht ausgeschlossen werden, wenn sie der Kasse bereits zwei Jahre angehört haben. Erfolgt ihre Ausschliessung vor Ablauf dieser Zeit, so haben sie Anspruch auf Ersatz des von ihnen bezahlten Eintrittsgeldes.

§§ 16—22 behandeln den Vorstand, den Ausschuss, die örtlichen Verwaltungsstellen, die Mitgliederversammlungen derselben, die Generalversammlung, sowie deren Befugnisse.

§§ 24—26 handeln von der Verwaltung der Kasse, von dem Reservefonds, sowie von der Erhöhung oder Verminderung der Beiträge.

§ 27. Die Kasse ist verpflichtet, in den vorgeschriebenen Fristen und nach den vorgeschriebenen Formularen Uebersichten über die Mitglieder, über die Krankheits- und Sterbefälle, über die vereinnahmten Beiträge und die geleisteten Unterstützungen, sowie einen Rechnungsabschluss der Aufsichtsbehörde einzusenden.

Sie hat das Ausscheiden der Mitglieder auf Erfordern den Aufsichtsbehörden, in deren Bezirk dieselben sich aufhalten, anzuzeigen. Für Mitglieder, welche sich im Bezirke einer örtlichen Verwaltungsstelle aufhalten, liegt diese Verpflichtung der letzteren ob.

§§ 28—31 handeln von der Auflösung und der Schliessung der Kasse.

§ 32. Bis zum Ablaufe eines Jahres nach Auflösung oder Schliessung einer Kasse kann einer für die gleichen Zwecke und für denselben Mitgliederkreis oder für einen Theil desselben neu errichteten Kasse die Zulassung versagt werden.

§ 33. Die Kassen und ihre örtlichen Verwaltungsstellen unterliegen in Bezug auf die Befolgung dieses Gesetzes der Beaufsichtigung durch die von den Landesregierungen zu bestimmenden Behörden, mit der Maassgabe, dass mit den von den höheren Verwaltungsbehörden wahrzunehmenden Geschäften diejenigen höheren Verwaltungsbehörden zu betrauen sind, welche nach Landesrecht die Aufsicht oder Oberaufsicht in Gemeindeangelegenheiten wahrzunehmen haben.

Die Kassen sind verpflichtet, der Aufsichtsbehörde auf Verlangen jederzeit ihre Bücher, Verhandlungen und Rechnungen im Geschäftslocale der Kasse zur Einsicht vorzulegen und die Revision ihrer Kassenbestände zu gestatten.

Die Aufsichtsbehörde beruft die Generalversammlung, falls der Vorstand der durch § 22 begründeten Verpflichtung nicht genügt.

Sie kann die Mitglieder des Vorstandes und der örtlichen Verwaltungsstellen, sowie die im Falle der Auflösung oder Schliessung einer Kasse mit der Abwickelung der Geschäfte betrauten Personen zur Erfüllung der durch dieses Gesetz begründeten Pflichten durch Androhung, Festsetzung und Vollstreckung von Geldstrafen bis zu

einhundert Mark, sowie durch die sonstigen nach den Landesgesetzen ihr zustehenden Zwangsmittel anhalten. Gegen die Androhung und Festsetzung von Geldstrafen beziehungsweise Anwendung von Zwangsmitteln seitens der Aufsichtsbehörden steht den Kassenvorständen der Recurs zu; wegen des zu Verfahrens und der Behörden gelten die Vorschriften der §§ 20 und 21 der Reichs-Gewerbeordnung.

§ 34. Mitglieder des Vorstandes, des Ausschusses oder einer örtlichen Verwaltungsstelle, welche den Bestimmungen dieses Gesetzes zuwiderhandeln, werden mit Geldstrafe bis zu dreihundert Mark bestraft. Haben sie absichtlich zum Nachtheil der Kasse gehandelt, so unterliegen sie der Strafbestimmung des § 266 des Strafgesetzbuchs.

§ 35. Eine Vereinigung mehrerer Kassen zu einem Verbande behufs gegenseitiger Aushülfe kann unter Zustimmung der Generalversammlung der einzelnen Kassen und auf Grund eines schriftlichen Statuts erfolgen.

Der Verband ist durch einen aus der Wahl der Vorstände oder Ausschüsse der betheiligten Kassen hervorgegangenen Vorstand zu verwalten. Seine Pflichten und Befugnisse bestimmt das Statut. Sein Sitz darf nur an einem Orte sein, wo eine der betheiligten Kassen ihren Sitz hat.

Der Verband unterliegt nach Maassgabe des § 33 der Aufsicht der höheren Verwaltungsbehörde desjenigen Bezirks, in welchem der Vorstand seinen Sitz hat.

Auf die Mitglieder des Vorstandes und die sonstigen Organe des Verbandes finden die Bestimmungen des § 34 Anwendung.

§ 35a. Die Eintragungen in das Hülfskassenregister und die gemäss § 17 zu ertheilenden Zeugnisse sind gebühren- und stempelfrei.

§ 36. Die Verfassung und die Rechte der auf Grund landesrechtlicher Vorschriften errichteten Hülfskassen werden durch dieses Gesetz nicht berührt; die Kassen können jedoch durch die Landesregierungen zur Einsendung der im § 27 bezeichneten Uebersichten verpflichtet werden.

In Ansehung der Kassen der Knappschaftsvereine verbleibt es bei den dafür maassgebenden besonderen Bestimmungen.

## 2. Unfallversicherung.

Bekanntmachung des Textes der Unfallversicherungsgesetze vom 30. Juni 1900. Vom 5. Juli 1900. (Reichs-Gesetzbl. S. 573.)

Auf Grund der im § 28 des Gesetzes, betreffend die Abänderung der Unfallversicherungsgesetze, vom 30. Juni 1900 (Reichs-Gesetzbl. S. 335) ertheilten Ermächtigung wird der Text der Unfallversicherungsgesetze unter fortlaufender Nummernfolge der Paragraphen jedes einzelnen dieser Gesetze nachstehend bekannt gemacht.

### a) Gesetz, betreffend die Abänderung der Unfallversicherungsgesetze.

Abänderung der bisherigen Gesetze.

§ 1. Das Unfallversicherungsgesetz vom 6. Juli 1884 (Reichs-Gesetzbl. S. 69), der Abschnitt A des Gesetzes, betreffend die Unfall- und Krankenversicherung der in land- und forstwirthschaftlichen Betrieben beschäftigten Personen, vom 5. Mai 1886 (Reichs-Gesetzbl. S. 132), das Gesetz, betreffend die Unfallversicherung der bei Bauten beschäftigten Personen, vom 11. Juli 1887 (Reichs-Gesetzbl. S. 287) und das Gesetz, betreffend die Unfallversicherung der Seeleute und anderer bei der Seeschiff-

fahrt betheiligter Personen, vom 13. Juli 1887 (Reichs-Gesetzbl. S. 329) erhalten die aus den Anlagen ersichtliche Fassung.

Das Gesetz über die Ausdehnung der Unfall- und Krankenversicherung vom 28. Mai 1885 (Reichs-Gesetzbl. S. 159) wird aufgehoben.

Wo in Gesetzen auf Bestimmungen Bezug genommen wird, welche hiernach abgeändert oder aufgehoben werden, sind darunter die an deren Stelle getretenen Bestimmungen zu verstehen.

§ 2 handelt von der Errichtung der Berufsgenossenschaften.

### Schiedsgerichte.

§ 3. Die Entscheidung von Streitigkeiten über Entschädigungen auf Grund der Unfallversicherungsgesetze wird den gemäss §§ 103ff. des Invalidenversicherungsgesetzes errichteten Schiedsgerichten übertragen. Diese führen fortan die Bezeichnung: „Schiedsgericht für Arbeiterversicherung“ mit Angabe des Bezirkes und des Sitzes. Bei Streitigkeiten über Entschädigungen für die Folgen von Unfällen in Betrieben, für welche zugelassene besondere Kasseneinrichtungen bestehen (§§ 8, 10, 11 des Invalidenversicherungsgesetzes), treten die für diese errichteten Schiedsgerichte an die Stelle der Schiedsgerichte für Arbeiterversicherung.

Die bisherigen Schiedsgerichte für die einzelnen Berufsgenossenschaften und Ausführungsbehörden werden aufgehoben. Die bei diesen Gerichten schwebenden Streitigkeiten gehen in der Lage, in welcher sie sich zu dem im § 25 Abs. 1 bezeichneten Zeitpunkte befinden, auf die nach diesem Gesetze zuständigen Schiedsgerichte über und sind von diesen zu erledigen.

§ 4. Die Zahl der Beisitzer der Schiedsgerichte (§ 104 Absatz 3 des Invalidenversicherungsgesetzes) kann von der Centralbehörde des Bundesstaats, in welchem der Sitz des Schiedsgerichts belegen ist, oder von der durch sie bestimmten anderen Behörde erhöht werden; dabei kann zugleich bestimmt werden, wieviel Beisitzer am Sitze des Schiedsgerichts oder in dessen naher Umgebung wohnen oder beschäftigt sein müssen. Erstreckt sich der Bezirk des Schiedsgerichts über Gebiete oder Gebietstheile mehrerer Bundesstaaten, so wird die Bestimmung, sofern ein Einverständniss mit den betheiligten Landesregierungen nicht erzielt wird, vom Reichskanzler getroffen. Die Zahl der Beisitzer muss aus der Klasse der Arbeitgeber und der Versicherten mindestens je zwanzig betragen.

In den Schiedsgerichten, deren Bezirk Theile der Seeküste umfasst, sind zu Vertretern der Versicherten (§ 88 Abs. 2 a. a. O.) auch befahrene Schifffahrtskundige, die nicht Rheder, Correspondentrheder oder Bevollmächtigte (§ 33 des See-Unfallversicherungsgesetzes) sind, wählbar.

§ 5. Die für den Sitz des Schiedsgerichts zuständige Landes-Centralbehörde oder die durch sie bestimmte andere Behörde entscheidet, wieviel Beisitzer von dem Ausschusse der Versicherungsanstalt (§ 104 Abs. 3 des Invalidenversicherungsgesetzes) aus solchen Berufsgenossenschaften oder Ausführungsbehörden zu wählen sind, die im Bezirke des Schiedsgerichts vertreten sind. Die Bestimmung des § 4 Abs. 1 Satz 2 findet Anwendung.

Wird eine solche Anordnung getroffen, so sind die zur Vertretung der Arbeitgeber bestimmten Beisitzer für die Berufsgenossenschaften aus den stimmberechtigten Mitgliedern der Genossenschaften, deren gesetzlichen Vertretern und bevollmächtigten Leitern ihrer Betriebe, für die Ausführungsbehörden aus den Beamten der Betriebe, für welche die Ausführungsbehörde bestellt ist, zu wählen. Den Vorständen der Berufsgenossenschaften und den Ausführungsbehörden ist Gelegenheit zu geben, geeignete Personen in Vorschlag zu bringen. Ausgeschlossen sind Personen, welche

dem Vorstand einer für den Bezirk in Betracht kommenden Berufsgenossenschaft oder Section oder einer für den Bezirk in Betracht kommenden Ausführungsbehörde angehören, sowie die Vertrauensmänner. Die zur Vertretung der Versicherten bestimmten Beisitzer sind aus den Personen zu wählen, welche in einem der Genossenschaft zugehörenden oder der Ausführungsbehörde unterstehenden Betriebe beschäftigt sind.

Wird die im Absatz 1 bezeichnete Anordnung für eine Knappschafts-Berufsgenossenschaft getroffen, so kann durch deren Statut bestimmt werden, dass die zur Vertretung der Versicherten bestimmten Beisitzer von den Knappschaftsältesten zu wählen sind.

§ 6. Solange und soweit die festgesetzte Zahl von Beisitzern nicht gewählt ist oder die Gewählten ihre Dienstleistung verweigern, hat die untere Verwaltungsbehörde, in deren Bezirke sich der Sitz des Schiedsgerichts befindet, die fehlenden Beisitzer aus der Zahl der wählbaren Personen zu berufen.

§ 7. Bei der Verhandlung sind, soweit es sich um Unfälle in der Land- und Forstwirthschaft oder im Bergbaubetriebe handelt, Beisitzer aus diesen Berufszweigen, im Uebrigen Beisitzer aus den sonstigen der Versicherung unterliegenden Betrieben zuzuziehen. Ausnahmen sind nur in einzelnen Fällen aus besonderen Gründen zulässig.

Im Uebrigen kann der Vorsitzende des Schiedsgerichts auf Antrag der Berufsgenossenschaft, der Ausführungsbehörde oder eines Entschädigungsberechtigten zur Verhandlung und Entscheidung in einem einzelnen Falle, abweichend von der festgesetzten Reihenfolge, Beisitzer aus den Betrieben derjenigen Berufsgenossenschaft oder Ausführungsbehörde zuziehen, welcher der Betrieb, in dem sich der Unfall ereignet hat, angehört. Sofern solche Beisitzer nicht vorhanden sind, können Beisitzer aus anderen Betrieben bestimmt werden, die dem Betrieb, in welchem sich der Unfall ereignet hat, wirthschaftlich nahe stehen. Hat der Vorsitzende einen solchen Antrag abgelehnt, so kann vor Beginn der Verhandlung eine Entscheidung des Schiedsgerichts über den Antrag beansprucht werden, welche endgültig ist.

§ 8. Das Schiedsgericht wählt bei Beginn eines jeden Geschäftsjahrs in seiner ersten Spruchsitzung, in der Regel nach Anhörung der für den betreffenden Bezirk oder Bundesstaat zuständigen Aerztevertretung, aus der Zahl der am Sitze des Schiedsgerichts wohnenden approbirten Aerzte diejenigen aus, welche als Sachverständige bei den Verhandlungen vor dem Schiedsgericht in der Regel nach Bedarf zuzuziehen sind. Den zugezogenen Sachverständigen ist zur Abgabe ihres Gutachtens Einsicht in die Acten des Schiedsgerichts und der Berufsgenossenschaft zu gewähren. Die Namen der gewählten Aerzte sind öffentlich bekannt zu machen.

Im Uebrigen wird die Durchführung dieser Bestimmung durch die Landes-Centralbehörde geregelt.

§ 9. Das Schiedsgericht ist befugt, denjenigen Theil des Betriebes, in welchem der Unfall vorgekommen ist, in Augenschein zu nehmen. Weigert sich der Betriebsunternehmer oder dessen Stellvertreter, die Einnahme des Augenscheins zu gestatten, so ist er hierzu auf Antrag des Schiedsgerichtsvorsitzenden durch die Ortspolizeibehörde anzuhalten.

Soll die Augenscheinseinnahme in einem Dienstraum einer Behörde oder in einem Fahrzeuge der Kaiserlichen Marine stattfinden, so ist die zuständige Dienst- beziehungsweise Commandobehörde um Gestattung derselben zu ersuchen.

Die Beisitzer haben über die Thatsachen, welche durch die Besichtigung des Betriebs zu ihrer Kenntniss kommen, Verschwiegenheit zu beobachten und sich der Nachahmung der von dem Betriebsunternehmer geheim gehaltenen, zu ihrer Kenntniss gelangten Betriebseinrichtungen und Betriebsweisen, solange als diese Betriebsgeheimnisse sind, zu enthalten.

Dem Schiedsgericht eingereichte Urkunden sind sowohl der Berufsgenossenschaft als auch dem Verletzten rechtzeitig mitzutheilen; inwieweit ärztliche Zeugnisse in gleicher Weise mitzutheilen sind, unterliegt zunächst der Entscheidung des Vorsitzenden. Das Schiedsgericht ist befugt, anzuordnen, dass die unterlassene Mittheilung nachzuholen ist.

Das Schiedsgericht ist befugt, den Verletzten, deren Erscheinen bei der Verhandlung als erforderlich bezeichnet ist oder angesehen wird, eine Reiseentschädigung zuzubilligen.

§ 10. Die Kosten des Schiedsgerichts sind nach Ablauf des Rechnungsjahrs der Versicherungsanstalt von den betheiligten Berufsgenossenschaften und Ausführungsbehörden antheilig zu erstatten. Dabei wird das Verhältniss zu Grunde gelegt, in welchem die Zahl derjenigen gegen ihre Bescheide eingelegten Berufungen, welche in diesem Jahre erledigt worden sind, zur Gesammtzahl der vor dem Schiedsgericht in demselben Zeitraum erledigten Berufungen steht. Die Vertheilung der Kosten auf die Versicherungsanstalten, die Berufsgenossenschaften und Ausführungsbehörden erfolgt durch den Vorsitzenden des Schiedsgerichts.

Die Kosten des Verfahrens, welche durch die einzelnen Streitfälle erwachsen, sowie solche besondere Kosten, welche durch die ausnahmsweise Zuziehung von Beisitzern gemäss § 7 Absatz 2 entstehen, sind von demjenigen Träger der Versicherung zu zahlen, gegen dessen Bescheid die Berufung eingelegt ist.

Das Reichs-Versicherungsamt ist befugt, hierüber nähere Bestimmungen zu erlassen.

Das Schiedsgericht ist befugt, den Betheiligten solche Kosten des Verfahrens zur Last zu legen, welche durch Muthwillen oder durch ein auf Verschleppung oder Irreführung berechnetes Verhalten derselben veranlasst worden sind.

## Reichs-Versicherungsamt.

§§ 11—14 handeln von dem Reichsversicherungsamte, seinen Mitgliedern und Beisitzern.

§ 15. Die Entscheidungen des Reichs-Versicherungsamts sind endgültig, soweit in den Gesetzen nicht ein Anderes bestimmt ist.

§ 16. Die Entscheidungen des Reichs-Versicherungsamts erfolgen in der Besetzung von fünf Mitgliedern einschliesslich des Vorsitzenden, unter denen sich je ein Vertreter der Arbeitgeber und der Versicherten befinden muss, und unter Zuziehung von zwei richterlichen Beamten, wenn es sich handelt

1. um die Entscheidung auf Recurse gegen die Entscheidungen der Schiedsgerichte;

2. um die Entscheidung vermögensrechtlicher Streitigkeit bei Veränderungen des Bestandes der Berufsgenossenschaften;

3. um die Entscheidung in den Fällen des § 73 Abs. 2, §§ 82, 83 Abs. 1, 2, §§ 85, 116, 124 Abs. 3 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes, § 79 Abs. 2, §§ 88, 89 Abs. 1, 2, §§ 91, 124, 130 Abs. 3 des Unfallversicherungsgesetzes für Land- und Forstwirthschaft, § 78 Abs. 2, §§ 86, 87 Abs. 1, 2, §§ 89, 122 Abs. 1, § 126 Abs. 3 des See-Unfallversicherungsgesetzes.

Beschlüsse, durch welche Recurse ohne mündliche Verhandlung zurückgewiesen werden (Gewerbe-Unfallversicherungsgesetz § 81 Abs. 1, Unfallversicherungsgesetz für Land- und Forstwirthschaft § 87 Abs. 1, See-Unfallversicherungsgesetz § 85 Abs. 1), erfolgen in der Besetzung mit drei Mitgliedern, unter denen sich je ein Vertreter der Arbeitgeber und der Versicherten befinden muss.

Die Vertreter der Arbeitgeber und der Versicherten sind, sofern es sich nicht

um allgemeine Angelegenheiten handelt, nur zu denjenigen Verhandlungen zuzuziehen, bei denen es sich um Angelegenheiten der Berufsgenossenschaften handelt, für welche sie gewählt sind.

§ 17. Will ein Senat des Reichs-Versicherungsamts in einer grundsätzlichen Rechtsfrage von der Entscheidung eines anderen Senats abweichen, so ist die Sache zur Entscheidung an einen erweiterten Senat zu verweisen. Dieser entscheidet unter dem Vorsitze des Präsidenten des Reichs-Versicherungsamts in der Besetzung mit zwei nichtständigen Mitgliedern des Reichs-Versicherungsamts aus den vom Bundesrathe gewählten Mitgliedern, zwei ständigen Mitgliedern, zwei richterlichen Beamten und je zwei Vertretern der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer. An Stelle der vom Bundesrathe gewählten Mitglieder können ständige Mitglieder des Reichs-Versicherungsamts zugezogen werden.

Das Gleiche gilt, wenn ein Senat von der Entscheidung des erweiterten Senats abweichen will.

§ 18. In folgenden Angelegenheiten:

1. bei der Vorbereitung der Beschlussfassung des Bundesraths über die Bestimmung, welche Betriebe mit besonderer Unfallgefahr nicht verbunden und deshalb nicht versicherungspflichtig sind (§ 1 Abs. 3 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes);

2. bei der Vorbereitung der Beschlussfassung des Bundesraths über die Genehmigung von Veränderungen des Bestandes der Berufsgenossenschaften (§ 52 a. a. O., § 62 des Unfallversicherungsgesetzes für Land- und Forstwirthschaft), über die Auflösung einer leistungsunfähigen Genossenschaft (§ 54 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes. § 64 des Unfallversicherungsgesetzes für Land- und Forstwirthschaft, § 57 des See-Unfallversicherungesetzes);

3. bei der Beschlussfassung über die Genehmigung von Vorschriften zur Verhütung von Unfällen (§ 112 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes, § 120 des Unfallversicherungsgesetzes für Land- und Forstwirthschaft, § 118 des See-Unfallversicherungsgesetzes)

ist mindestens je ein nichtständiges Mitglied aus den Vertretern der Arbeitgeber und der Versicherten zuzuziehen.

§ 19. Die Kosten des Reichs-Versicherungsamts und des Verfahrens vor demselben trägt das Reich.

Das Reichs-Versicherungsamt ist befugt, den Betheiligten solche Kosten des Verfahrens zur Last zu legen, welche durch Muthwillen oder durch ein auf Verschleppung oder Irreführung berechnetes Verhalten derselben veranlasst worden sind.

Die nichtständigen Mitglieder erhalten für die Theilnahme an den Arbeiten und Sitzungen des Reichs-Versicherungsamts eine nach dem Jahresbetrage festzusetzende Vergütung, und diejenigen, welche ausserhalb Berlins wohnen, ausserdem Ersatz der Kosten der Hin- und Rückreise nach den für die vortragenden Räthe der obersten Reichsbehörden geltenden Sätzen (Verordnung vom 21. Juni 1875, Reichs-Gesetzbl. S. 249). Die Bestimmungen im § 16 des Gesetzes, betreffend die Rechtsverhältnisse der Reichsbeamten, vom 31. März 1873 (Reichs-Gesetzbl. S. 61) finden auf sie keine Anwendung.

Im Uebrigen werden die Formen des Verfahrens und der Geschäftsgang des Reichs-Versicherungsamts durch Kaiserliche Verordnung unter Zustimmung des Bundesraths geregelt.

### Regelung des Gebührenwesens.

§ 20. Die Gebühren der Rechtsanwälte im Verfahren vor den Schiedsgerichten und dem Reichs-Versicherungsamte werden durch Kaiserliche Verordnung mit Zu-

stimmung des Bundesraths, die Gebühren im Verfahren vor den Landes-Versicherungsämtern von den Landesregierungen festgesetzt.

Eine Vereinbarung über höhere Beträge ist nichtig.

Die §§ 21, 22 handeln von den Landes-Versicherungsämtern.

§ 23 von weiteren Einrichtungen der Berufsgenossenschaften.

§ 24 enthält eine Uebergangsbestimmung.

§ 25 handelt von dem Inkrafttreten des Gesetzes.

§§ 26, 27 enthalten Uebergangsbestimmungen.

## b) Gewerbe-Unfallversicherungsgesetz.

### I. Allgemeine Bestimmungen.

#### Umfang der Versicherung.

§ 1. Alle Arbeiter und Betriebsbeamte, letztere sofern ihr Jahresarbeitsverdienst an Lohn oder Gehalt dreitausend Mark nicht übersteigt, werden nach Maassgabe dieses Gesetzes gegen die Folgen der bei dem Betriebe sich ereignenden Unfälle versichert, wenn sie beschäftigt sind:

1. in Bergwerken, Salinen, Aufbereitungsanstalten, Steinbrüchen, Gräbereien (Gruben), auf Werften und Bauhöfen sowie in Fabriken, gewerblichen Brauereien und Hüttenwerken;
2. in Gewerbebetrieben, welche sich auf die Ausführung von Maurer-, Zimmer-, Dachdecker- oder sonstigen durch Beschluss des Bundesraths für versicherungspflichtig erklärten Bauarbeiten, oder von Steinhauer-, Schlosser-, Schmiede- oder Brunnenarbeiten erstrecken, sowie im Schornsteinfeger-, Fensterputzer-, und Fleischergewerbe;
3. im gesammten Betriebe der Post-, Telegraphen- und Eisenbahnverwaltungen sowie in Betrieben der Marine- urd Heeresverwaltungen, und zwar einschliesslich der Bauten, welche von diesen Verwaltungen für eigene Rechnung ausgeführt werden;
4. im gewerbsmässigen Fuhrwerks-, Binnenschifffahrts-, Flösserei-, Prahm- und Fährbetriebe, im Gewerbebetriebe des Schiffsziehens (Treidelei) sowie im Baggerbetriebe;
5. im gewerbsmässigen Speditions-, Speicher-, Lagerei- und Kellereibetriebe;
6. im Gewerbebetriebe der Güterpacker, Güterlader, Schaffer, Bracker, Wäger, Messer, Schauer und Stauer;
7. in Lagerungs-, Holzfällungs- oder der Beförderung von Personen oder Gütern dienenden Betrieben, wenn sie mit einem Handelsgewerbe, dessen Inhaber im Handelsregister eingetragen steht, verbunden sind.

Auf Personen in land- und forstwirthschaftlichen Nebenbetrieben (§ 1 Abs. 2, 3 des Unfallversicherungsgesetzes für Land- und Forstwirthschaft) findet dieses Gesetz keine Anwendung.

Für Betriebe, welche mit besonderer Unfallgefahr für die darin beschäftigten Personen nicht verknüpft sind, kann durch Beschluss des Bundesraths die Versicherungspflicht ausgeschlossen werden.

§ 2. Den Betriebsbeamten im Sinne dieses Gesetzes werden Werkmeister und Techniker gleichgestellt.

Den Fabriken im Sinne dieses Gesetzes gelten alle Betriebe gleich, für welche Dampfkessel oder durch elementare Kraft (Wind, Wasser, Dampf, Gas, heisse Luft, Elektricität u. s. w.) oder durch thierische Kraft bewegte Triebwerke nicht blos vorübergehend zur Anwendung kommen.

Im Uebrigen gelten als Fabriken im Sinne dieses Gesetzes insbesondere diejeni-

gen Betriebe, in welchen die Bearbeitung oder Verarbeitung von Gegenständen gewerbsmässig ausgeführt wird und zu diesem Zwecke mindestens zehn Arbeiter regelmässig beschäftigt werden, sowie Betriebe, in welchen Explosivstoffe oder explodirende Gegenstände gewerbsmässig erzeugt werden.

Welche Betriebe ausserdem als Fabriken im Sinne dieses Gesetzes anzusehen sind, bestimmt das Reichs-Versicherungsamt.

Auf gewerbliche Anlagen, Eisenbahn- und Schifffahrtsbetriebe, welche wesentliche Bestandtheile eines der vorbezeichneten oder der im § 1 bezeichneten Betriebe sind, finden die Bestimmungen dieses Gesetzes ebenfalls Anwendung.

§ 3. Die Versicherung erstreckt sich auf häusliche und andere Dienste, zu denen versicherte Personen neben der Beschäftigung im Betriebe von ihren Arbeitgebern oder von deren Beauftragten herangezogen werden.

§ 4. Der Reichskanzler wird ermächtigt, unter Zustimmung des Bundesraths mit den Regierungen solcher Staaten, die für Arbeiter und Betriebsbeamte eine der deutschen Unfallversicherung entsprechende Fürsorge durchgeführt haben, im Falle der Gegenseitigkeit Abkommen zu schliessen, durch welche die Anwendung dieses Gesetzes

1. auf Betriebe im Inlande, welche Bestandtheile eines ausländischen Betriebes darstellen, ausgeschlossen,

2. auf Betriebe im Auslande, welche Bestandtheile eines versicherungspflichtigen inländischen Betriebs darstellen, erstreckt wird.

§ 5. Durch Statut (§ 37) kann die Versicherungspflicht erstreckt werden:

a) auf Betriebsunternehmer, deren Jahresarbeitsverdienst dreitausend Mark nicht übersteigt oder welche nicht regelmässig mehr als zwei Lohnarbeiter beschäftigen;

b) ohne Rücksicht auf die Zahl der von ihnen beschäftigten Lohnarbeiter auf solche Unternehmer eines in den §§ 1 und 2 bezeichneten Betriebs, welche in eigenen Betriebsstätten im Auftrag und für Rechnung anderer Gewerbetreibenden mit der Herstellung oder Bearbeitung gewerblicher Erzeugnisse beschäftigt werden (Hausgewerbetreibende), und zwar auch dann, wenn sie die Roh- und Hülfsstoffe selbst beschaffen;

c) auf Betriebsbeamte mit einem dreitausend Mark übersteigenden Jahresarbeitsverdienste. Bei der Versicherung von Betriebsbeamten ist, vorbehaltlich der Bestimmungen des § 10 Absatz 1, der volle Jahresarbeitsverdienst zu Grunde zu legen.

Betriebsunternehmer, deren Jahresarbeitsverdienst dreitausend Mark nicht übersteigt, oder welche nicht regelmässig mehr als zwei Lohnarbeiter beschäftigen, sind berechtigt, gegen die Folgen von Betriebsunfällen sich selbst zu versichern. Durch Statut kann diese Berechtigung auf Unternehmer mit einem höheren Jahresarbeitsverdienst erstreckt werden.

Durch Statut kann ferner bestimmt werden, dass und unter welchen Bedingungen gegen die Folgen der bei dem Betrieb oder Dienste sich ereignenden Unfälle versichert werden können

a) im Betriebe beschäftigte, aber nach §§ 1 oder 2 nicht versicherte Personen durch den Betriebsunternehmer;

b) nicht im Betriebe beschäftigte, aber die Betriebsstätte besuchende oder auf derselben verkehrende Personen durch den Betriebsunternehmer oder den Vorstand der Berufsgenossenschaft (§ 28);

c) Organe und Beamte der Berufsgenossenschaft durch deren Vorstand.

§ 6. Als Gehalt oder Lohn im Sinne dieses Gesetzes gelten auch Tantiemen, Naturalbezüge und sonstige Bezüge, welche den Versicherten, wenn auch nur gewohnheitsmässig, gewährt werden und ganz oder theilweise an Stelle des Gehalts oder Lohnes treten. Der Werth der Naturalbezüge ist nach Ortsdurchschnittspreisen in Ansatz zu bringen. Dieselben werden von der unteren Verwaltungsbehörde festgesetzt.

Beamte und Personen des Soldatenstandes.

§ 7. Auf die im § 1 des Gesetzes, betreffend die Fürsorge für Beamte und Personen des Soldatenstandes in Folge von Betriebsunfällen, vom 15. März 1886 (Reichs-Gesetzbl. S. 53) bezeichneten Personen, auf Beamte, welche in Betriebsverwaltungen eines Bundesstaats oder eines Communalverbandes mit festem Gehalt und Pensionsberechtigung angestellt sind, sowie auf andere Beamte eines Bundesstaats oder Communalverbandes, für welche die im § 12 a. a. O. vorgesehene Fürsorge in Kraft getreten ist, findet dieses Gesetz keine Anwendung.

Gegenstand der Versicherung und Umfang der Entschädigung.

§ 8. Gegenstand der Versicherung ist der nach Maassgabe der nachfolgenden Bestimmungen zu bemessende Ersatz des Schadens, welcher durch Körperverletzung oder Tödtung entsteht.

Dem Verletzten und seinen Hinterbliebenen steht ein Anspruch nicht zu, wenn er den Unfall vorsätzlich herbeigeführt hat. Der Anspruch kann ganz oder theilweise abgelehnt werden, wenn der Verletzte den Unfall bei Begehung eines durch strafgerichtliches Urtheil festgestellten Verbrechens oder vorsätzlichen Vergehens sich zugezogen hat. In Fällen der letzteren Art kann die Rente, sofern der Verletzte im Inlande wohnende Angehörige hat, welche im Falle seines Todes Anspruch auf Rente haben würden, ganz oder theilweise den Angehörigen überwiesen werden.

Die Ablehnung kann, auch ohne dass die vorgesehene Feststellung durch strafgerichtliches Urtheil stattgefunden hat, erfolgen, falls diese Feststellung wegen des Todes oder der Abwesenheit des Betreffenden oder aus einem anderen in seiner Person liegenden Grunde nicht erfolgen kann.

§ 9. Im Falle der Verletzung werden als Schadensersatz vom Beginne der vierzehnten Woche nach Eintritt des Unfalls ab gewährt:

1. freie ärztliche Behandlung, Arznei und sonstige Heilmittel sowie die zur Sicherung des Erfolges des Heilverfahrens und zur Erleichterung der Folgen der Verletzung erforderlichen Hülfsmittel (Krücken, Stützapparate und dergleichen);

2. eine Rente für die Dauer der Erwerbsunfähigkeit.

Die Rente beträgt:

a) im Falle völliger Erwerbsunfähigkeit für die Dauer derselben sechsundsechzigzweidrittel Procent des Jahresarbeitsverdienstes (Vollrente).

b) im Falle theilweiser Erwerbsunfähigkeit für die Dauer derselben denjenigen Theil der Vollrente, welcher dem Maasse der durch den Unfall herbeigeführten Einbusse an Erwerbsfähigkeit entspricht (Theilrente).

Ist der Verletzte infolge des Unfalls nicht nur völlig erwerbsunfähig, sondern auch derart hülflos geworden, dass er ohne fremde Wartung und Pflege nicht bestehen kann, so ist für die Dauer dieser Hülfslosigkeit die Rente bis zu hundert Procent des Jahresarbeitsverdienstes zu erhöhen.

War der Verletzte zur Zeit des Unfalls bereits dauernd völlig erwerbsunfähig, so beschränkt sich der zu leistende Schadensersatz auf die im Absatz 1 Ziffer 1 bezeichneten Leistungen. Wird ein solcher Verletzter in Folge des Unfalls derart hülflos, dass er ohne fremde Wartung und Pflege nicht bestehen kann, so ist eine Rente bis zur Hälfte der Vollrente zu gewähren.

Solange der Verletzte aus Anlass des Unfalls thatsächlich und unverschuldet arbeitslos ist, kann der Genossenschaftsvorstand die Theilrente bis zum Betrage der Vollrente vorübergehend erhöhen.

§ 10. Die Rente ist nach Maassgabe desjenigen Jahresarbeitsverdienstes zu berechnen, den der Verletzte während des letzten Jahres seiner Beschäftigung in dem

Betrieb an Gehalt oder Lohn (§ 6) bezogen hat, wobei der fünfzehnhundert Mark übersteigende Betrag nur mit einem Drittel zur Anrechnung kommt.

Als Jahresarbeitsverdienst gilt, soweit sich derselbe nicht aus mindestens wochenweise fixirten Beträgen zusammensetzt, das Dreihundertfache des durchschnittlichen täglichen Arbeitsverdienstes. Für versicherte Personen in Betrieben, in welchen die übliche Betriebsweise eine höhere oder niedrigere Zahl von Arbeitstagen ergiebt, wird diese Zahl statt der Zahl dreihundert der Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes zu Grunde gelegt.

War der Verletzte in dem Betriebe vor dem Unfalle nicht ein volles Jahr, von dem Unfalle zurückgerechnet, beschäftigt, so ist die Rente nach demjenigen Jahresarbeitsverdienste zu berechnen, welchen während dieses Zeitraums versicherte Personen derselben Art in demselben Betrieb oder in benachbarten gleichartigen Betrieben bezogen haben. Ist dies nicht möglich, so ist der dreihundertfache Betrag desjenigen Arbeitslohnes zu Grunde zu legen, welchen der Verletzte während des letzten Jahres vor dem Unfall an denjenigen Tagen, an welchen er beschäftigt war, im Durchschnitt bezogen hat.

Bei versicherten Personen, welche keinen Lohn oder weniger als den dreihundertfachen Betrag des für ihren Beschäftigungsort festgestellten ortsüblichen Tagelohns gewöhnlicher erwachsener Tagearbeiter beziehen (§ 8 des Krankenversicherungsgesetzes), gilt als Jahresarbeitsverdienst das Dreihundertfache dieses ortsüblichen Tagelohns.

In den Fällen des Absatzes 4 ist bei Berechnung der Rente für Personen, welche vor dem Unfalle bereits theilweise erwerbsunfähig waren, derjenige Theil des ortsüblichen Tagelohns zu Grunde zu legen, welcher dem Maasse der bisherigen Erwerbsfähigkeit entspricht.

§ 11. Die Berufsgenossenschaft ist befugt, der Krankenkasse, welcher der Verletzte angehört oder zuletzt angehört hat, gegen Ersatz der ihr dadurch erwachsenden Kosten die Fürsorge für den Verletzten über den Beginn der vierzehnten Woche hinaus bis zur Beendigung des Heilverfahrens in demjenigen Umfange zu übertragen, welchen die Berufsgenossenschaft für geboten erachtet. Zu ersetzen ist bei Gewährung der im § 6 Abs. 1 Ziffer 1 des Krankenversicherungsgesetzes bezeichneten Leistungen die Hälfte, bei Unterbringung des Verletzten in ein Krankenhaus oder in eine Anstalt für Genesende das Einundeinhalbfache des in jenem Gesetze bestimmten Mindestbetrages des Krankengeldes, sofern nicht höhere Aufwendungen nachgewiesen werden.

Die Bestimmungen der §§ 76b bis 76d des Krankenversicherungsgesetzes finden auch auf Knappschaftskassen (§ 74 a. a. O.) Anwendung. Haben Knappschaftskassen, sonstige Krankenkassen oder Verbände von Krankenkassen Heilanstalten errichtet, in welchen ausreichende Einrichtungen für die Heilung der durch Unfall herbeigeführten Verletzungen getroffen sind, so kann die Landes-Centralbehörde anordnen, dass die Mitglieder der betreffenden Kassen bis zum Beginne der vierzehnten Woche nach Eintritt des Unfalls nur mit Genehmigung der Vorstände dieser Kassen oder Kassenverbände in andere Heilanstalten untergebracht werden dürfen.

Verletzte Personen, welche auf Veranlassung von Knappschaftskassen, sonstigen Krankenkassen, Verbänden von Krankenkassen oder von Organen der Berufsgenossenschaften in eine Heilanstalt untergebracht sind, dürfen während des Heilverfahrens in andere Heilanstalten nur mit ihrer Zustimmung übergeführt werden. Diese Zustimmung kann durch die untere Verwaltungsbehörde des Aufenthaltsorts ergänzt werden.

Als Krankenkassen im Sinne der vorstehenden Bestimmungen sowie der § 76b bis 76d des Krankenversicherungsgesetzes gelten ausser der Gemeinde-Krankenver-

sicherung auch diejenigen Hülfskassen, welche die im § 75a a. a. O. vorgesehene amtliche Bescheinigung besitzen.

§ 12. Vom Beginne der fünften Woche nach Eintritt des Unfalls bis zum Ablauf der dreizehnten Woche ist das Krankengeld, welches den durch einen Betriebsunfall verletzten Personen auf Grund des Krankenversicherungsgesetzes gewährt wird, auf mindestens zwei Drittel des bei der Berechnung desselben zu Grunde gelegten Arbeitslohns zu bemessen. Die Differenz zwischen diesen zwei Dritteln und dem gesetzlich oder statutengemäss zu gewährenden niedrigeren Krankengeld ist der betheiligten Krankenkasse (Gemeinde-Krankenversicherung) von dem Unternehmer desjenigen Betriebs zu ersetzen, in welchem der Unfall sich ereignet hat. Die zur Ausführung dieser Bestimmung erforderlichen Vorschriften erlässt das Reichs-Versicherungsamt.

Den nach §§ 1 oder 2 versicherten Arbeitern und Betriebsbeamten, letzteren bei einem Jahresarbeitsverdienste bis zu zweitausend Mark, welche nicht nach den Bestimmungen des Krankenversicherungsgesetzes versichert sind, hat der Betriebsunternehmer die in den §§ 6, 7 des Krankenversicherungsgesetzes vorgesehenen Unterstützungen einschliesslich des aus dem vorhergehenden Absatze sich ergebenden Mehrbetrags für die ersten dreizehn Wochen aus eigenen Mitteln zu gewähren. Die Berufsgenossenschaft kann die dem Unternehmer obliegenden Leistungen ganz oder theilweise statt desselben übernehmen. Der Unternehmer hat in diesem Falle der Berufsgenossenschaft Ersatz zu leisten. Dabei gilt als Ersatz der im § 9 Abs. 1 Ziffer 1 bezeichneten Leistungen die Hälfte desjenigen Krankengeldes, welches dem Verletzten nach § 6 Abs. 1 Ziffer 2 des Krankenversicherungsgesetzes zustehen würde, wenn er nach dessen Bestimmungen versichert wäre.

§ 13. Wenn der aus der Krankenversicherung oder aus der Bestimmung des § 12 Abs. 2 erwachsende Anspruch auf Krankengeld vor dem Ablaufe von dreizehn Wochen nach Eintritt des Unfalls weggefallen, aber bei dem Verletzten eine noch über die dreizehnte Woche hinaus andauernde Beschränkung der Erwerbsfähigkeit zurückgeblieben ist, so hat die Berufsgenossenschaft dem Verletzten die Unfallrente (§ 9 Abs. 2 lit. b) schon von dem Tage ab zu gewähren, an welchem der Anspruch auf Krankengeld in Wegfall kommt. Erachtet die Berufsgenossenschaft die Voraussetzungen des Anspruchs schon vor dem Ablaufe der dreizehnten Woche nach dem Unfalle für gegeben, so hat sie die Rente zu diesem früheren Zeitpunkte festzustellen.

Durch Statut kann bestimmt werden, dass die Rente nach dem Wegfalle des Anspruchs auf Krankengeld auch dann zu gewähren ist, wenn nach jenem Zeitpunkte zwar noch eine Beschränkung der Erwerbsfähigkeit in Folge des Unfalls verblieben ist, aber voraussichtlich schon vor Ablauf der dreizehnten Woche nach dem Unfalle fortfallen wird.

Hat die Krankenkasse die ihr aus der Krankenversicherung, oder hat der Betriebsunternehmer die ihm aus § 12 Abs. 2 obliegenden Leistungen vor dem Ablauf der dreizehnten Woche zu Unrecht eingestellt, so geht der Anspruch des Verletzten auf Krankengeld auf die Berufsgenossenschaft bis zu demjenigen Betrag über, welcher der gemäss Abs. 1, 2 gewährten Entschädigung gleichkommt.

§ 14. Streitigkeiten, welche aus Anlass der in § 11 Abs. 1, §§ 12, 13 Abs. 3 enthaltenen Bestimmungen unter den Betheiligten entstehen, werden, wenn es sich um Ersatzansprüche handelt, nach § 58 Abs. 2 des Krankenversicherungsgesetzes, im Uebrigen nach § 58 Abs. 1 des Krankenversicherungsgesetzes entschieden, und zwar in den Fällen des § 12 Abs. 2 von der für die Ortskrankenkassen des Beschäftigungsorts zuständigen Aufsichtsbehörde. Gehört diese zu den Betheiligten, so wird die zur Entscheidung des Streitfalls berufene Behörde durch die für den Beschäftigungsort zuständige höhere Verwaltungsbehörde bestimmt.

§ 15. Im Falle der Tödtung ist als Schadensersatz ausserdem zu leisten:

1. als Sterbegeld der fünfzehnte Theil des nach § 10 Abs. 1 bis 4 zu Grunde zu legenden Jahresarbeitsverdienstes, jedoch mindestens ein Betrag von fünfzig Mark;

2. eine den Hinterbliebenen vom Todestage des Verstorbenen ab zu gewährende Rente. Dieselbe besteht nach näherer Bestimmung der § 16 bis 20 in einem Bruchtheile seines nach § 10 Abs. 1 bis 4 ermittelten Jahresarbeitsverdienstes.

Ist der der Berechnung zu Grunde zu legende Jahresarbeitsverdienst in Folge eines früher erlittenen, nach den reichsgesetzlichem Bestimmungen über Unfallversicherung entschädigten Unfalls geringer als der vor diesem Unfalle bezogene Lohn, so ist die aus Anlass des früheren Unfalls bei Lebzeiten bezogene Rente dem Jahresarbeitsverdienste bis zur Höhe des der früheren Rentenfeststellung zu Grunde gelegten Jahresarbeitsverdienstes hinzuzurechnen.

§ 16. Hinterlässt der Verstorbene eine Wittwe oder Kinder, so beträgt die Rente für die Wittwe bis zu deren Tode oder Wiederverheirathung, sowie für jedes hinterbliebene Kind bis zu dessen zurückgelegtem fünfzehnten Lebensjahre je zwanzig Prozent des Jahresarbeitsverdienstes.

Im Falle der Wiederverheirathung erhält die Wittwe sechzig Procent des Jahresarbeitsverdienstes als Abfindung.

Der Anspruch der Wittwe ist ausgeschlossen, wenn die Ehe erst nach dem Unfalle geschlossen worden ist; die Berufsgenossenschaft kann jedoch in besonderen Fällen auch dann eine Wittwenrente gewähren.

Die Bestimmungen über die Renten der Kinder finden auch Anwendung, wenn der Unfall eine alleinstehende weibliche Person betroffen hat und diese mit Hinterlassung von Kindern verstirbt.

§ 17. War die Verstorbene beim Eintritte des Unfalls verheirathet, aber der Lebensunterhalt ihrer Familie wegen Erwerbsunfähigkeit des Ehemanns ganz oder überwiegend durch sie bestritten worden, so erhalten bis zum Wegfalle der Bedürftigkeit an Rente

a) der Wittwer zwanzig Procent,

b) jedes hinterbliebene Kind bis zu dessen zurückgelegtem fünfzehnten Lebensjahre zwanzig Procent des Arbeitsverdienstes.

Die Berufsgenossenschaft ist berechtigt, im Falle der Tödtung einer Ehefrau, deren Ehemann sich ohne gesetzlichen Grund von der häuslichen Gemeinschaft ferngehalten und der Pflicht der Unterhaltung der Kinder entzogen hat, diesen Kindern die Rente zu gewähren.

§ 18. Hinterlässt der Verstorbene Verwandte der aufsteigenden Linie, so wird ihnen, falls ihr Lebensunterhalt ganz oder überwiegend durch den Verstorbenen bestritten worden war, bis zum Wegfalle der Bedürftigkeit eine Rente von insgesammt zwanzig Procent des Jahresarbeitsverdienstes gewährt.

§ 19. Hinterlässt der Verstorbene elternlose Enkel, so wird ihnen, falls ihr Lebensunterhalt ganz oder überwiegend durch den Verstorbenen bestritten worden war, im Falle der Bedürftigkeit bis zum zurückgelegten fünfzehnten Lebensjahr eine Rente von insgesammt zwanzig Procent des Jahresarbeitsverdienstes gewährt.

§ 20. Die Renten der Hinterbliebenen dürfen insgesammt sechzig Procent des Jahresarbeitsverdienstes nicht übersteigen. Ergiebt sich ein höherer Betrag, so werden die Renten gekürzt. Bei Ehegatten und Kindern erfolgt die Kürzung im Verhältnisse der Höhe ihrer Renten; Verwandte der aufsteigenden Linie haben einen Anspruch nur insoweit, als der Höchstbetrag der Renten nicht für Ehegatten oder Kinder in Anspruch genommen wird; Enkel nur insoweit, als der Höchstbetrag der

Renten nicht für Ehegatten, Kinder oder Verwandte der aufsteigenden Linie in Anspruch genommen wird.

Sind aus der aufsteigenden Linie Verwandte verschiedenen Grades vorhanden, so wird die Rente den Eltern vor den Grosseltern gewährt.

§ 21. Die Hinterbliebenen eines Ausländers, welche zur Zeit des Unfalls nicht im Inland ihren gewöhnlichen Aufenthalt hatten, haben keinen Anspruch auf die Rente. Durch Beschluss des Bundesraths kann diese Bestimmung für bestimmte Grenzgebiete, sowie für die Angehörigen solcher auswärtiger Staaten, durch deren Gesetzgebung eine entsprechende Fürsorge für die Hinterbliebenen durch Betriebsunfall getödteter Deutscher gewährleistet ist, ausser Kraft gesetzt werden.

§ 22. An Stelle der in den §§ 9 und 12 vorgeschriebenen Leistungen kann von der Berufsgenossenschaft freie Kur und Verpflegung in einer Heilanstalt gewährt werden, und zwar:

1. für Verletzte, welche verheirathet sind oder eine eigene Haushaltung haben oder Mitglieder der Haushaltung ihrer Familie sind, mit ihrer Zustimmung. Der Zustimmung bedarf es nicht, wenn die Art der Verletzung Anforderungen an die Behandlung oder Verpflegung stellt, denen in der Familie nicht genügt werden kann, oder wenn der für den Aufenthaltsort des Verletzten amtlich bestellte Arzt bezeugt, dass Zustand oder Verhalten des Verletzten eine fortgesetzte Beobachtung erfordert;

2. für sonstige Verletzte in allen Fällen.

Hat die Berufsgenossenschaft von dieser Befugniss in den Fällen des § 12, Absatz 2, Gebrauch gemacht, so hat der Betriebsunternehmer als Ersatz für die freie Kur und Verpflegung der Berufsgenossenschaft das Einundeinhalbfache des im § 12, Absatz 2, bezeichneten Krankengeldes zu vergüten. Auf Streitigkeiten, welche aus Anlass dieser Bestimmung zwischen der Berufsgenossenschaft und dem Betriebsunternehmer entstehen, findet der § 14 Anwendung.

Für die Zeit der Verpflegung des Verletzten in der Heilanstalt steht seinen Angehörigen ein Anspruch auf Rente insoweit zu, als sie dieselbe im Falle seines Todes würden beanspruchen können (§§ 16 ff.).

Die Berufsgenossenschaften sind befugt, auf Grund statutarischer Bestimmung allgemein, ohne eine solche im Falle der Bedürftigkeit, dem in einer Heilanstalt untergebrachten Verletzten, sowie seinen Angehörigen eine besondere Unterstützung zu gewähren.

§ 23. Ist begründete Annahme vorhanden, dass der Empfänger einer Unfallrente bei Durchführung eines Heilverfahrens eine Erhöhung seiner Erwerbsfähigkeit erlangen werde, so kann die Berufsgenossenschaft zu diesem Zwecke jederzeit ein neues Heilverfahren eintreten lassen. Dabei finden die Bestimmungen der §§ 11, 22, Absatz 1, 3, 4, Anwendung.

Hat sich der Verletzte solchen Maassnahmen der Berufsgenossenschaft, den gemäss § 9 Absatz 1 Ziffer 1, §§ 11, 12 Absatz 2, § 22 oder gemäss den Bestimmungen der §§ 76c, 76d des Krankenversicherungsgesetzes getroffenen Anordnungen ohne gesetzlichen oder sonst triftigen Grund entzogen, so kann ihm der Schadensersatz auf Zeit ganz oder theilweise versagt werden, sofern er auf diese Folge hingewiesen worden ist, und nachgewiesen wird, dass durch sein Verhalten die Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflusst wird.

§ 24. Der Vorstand der Berufsgenossenschaft kann einem Rentenempfänger auf seinen Antrag an Stelle der Rente Aufnahme in ein Invalidenhaus oder in ähnliche von Dritten unterhaltene Anstalten auf Kosten der Berufsgenossenschaft gewähren. Der Aufgenommene ist auf ein Vierteljahr und, wenn er die Erklärung nicht einen Monat vor Ablauf dieses Zeitraums zurücknimmt, jedesmal auf ein weiteres Viertel jahr an den Verzicht auf die Rente gebunden.

Verhältniss zu Krankenkassen, Armenverbänden etc.

§ 25. Die Verpflichtung der eingeschriebenen Hülfskassen, sowie der sonstigen Kranken-, Sterbe-, Invaliden- und anderen Unterstützungskassen, den von Unfällen betroffenen Arbeitern und Betriebsbeamten, sowie deren Angehörigen und Hinterbliebenen Unterstützungen zu gewähren, sowie die Verpflichtung von Gemeinden oder Armenverbänden zur Unterstützung hülfsbedürftiger Personen wird durch dieses Gesetz nicht berührt.

Wenn auf Grund solcher Verpflichtung Unterstützungen für einen Zeitraum geleistet werden, für welchen den Unterstützten nach Maassgabe dieses Gesetzes ein Entschädigungsanspruch zustand oder noch zusteht, so ist hierfür den die Unterstützung gewährenden Kassen, Gemeinden oder Armenverbänden durch Ueberweisung von Rentenbeträgen Ersatz zu leisten.

In Fällen dieser Art gilt für die unter das Krankenversicherungsgesetz fallenden Kassen als Ersatz der im § 6 Absatz 1 Ziffer 1 des Krankenversicherungsgesetzes bezeichneten Leistungen die Hälfte des gesetzlichen Mindestbetrags des Krankengeldes dieser Kassen, sofern nicht höhere Aufwendungen nachgewiesen werden.

Ist die von Kassen, Gemeinden oder Armenverbänden geleistete Unterstützung eine vorübergehende, so können als Ersatz höchstens drei Monatsbeträge der Rente, und zwar mit nicht mehr als der Hälfte in Anspruch genommen werden.

Ist die Unterstützung eine fortlaufende, so kann als Ersatz, wenn die Unterstützung in der Gewährung des Unterhalts in einer Anstalt besteht, für dessen Dauer und in dem zur Ersatzleistung erforderlichen Betrage die fortlaufende Ueberweisung der vollen Rente, im Uebrigen die fortlaufende Ueberweisung von höchstens der halben Rente beansprucht werden.

§ 26. Der Antrag auf Ueberweisung von Rentenbeträgen (§ 25 Absatz 2 bis 5) ist bei der Berufsgenossenschaft anzumelden; soweit es sich um den Ersatz für eine vorübergehende Unterstützung handelt, ist der Anspruch bei Vermeidung des Ausschlusses spätestens binnen drei Monaten seit Beendigung der Unterstützung geltend zu machen.

Streitigkeiten, welche aus den Bestimmungen des § 25 Absatz 2 bis 5 zwischen den Betheiligten über den Anspruch auf Ueberweisung von Rentenbeträgen entstehen, werden im Verwaltungsstreitverfahren und, wo ein solches nicht besteht, durch die dem Ersatzberechtigten vorgesetzte Aufsichtsbehörde entschieden. Die Entscheidung der letzteren kann innerhalb eines Monats nach der Zustellung im Wege des Recurses nach Maassgabe der §§ 20, 21 der Gewerbeordnung angefochten werden.

§ 27. Die Bestimmungen der §§ 25, 26 gelten auch für Betriebsunternehmer und Kassen, welche die den Gemeinden oder Armenverbänden obliegende Verpflichtung zur Unterstützung Hülfsbedürftiger auf Grund gesetzlicher Vorschrift erfüllen.

§ 28 handelt von den Trägern der Versicherung (Berufsgenossenschaften),

§§ 29, 30 von der Aufbringung der Mittel.

§ 31. Zu anderen Zwecken als zur Deckung der von der Genossenschaft zu leistenden Entschädigungen und der Verwaltungskosten, zur Ansammlung des Reservefonds (§ 34), zur Gewährung von Prämien für Rettung Verunglückter und zu Zwecken der Unfallverhütung, sowie mit Genehmigung des Reichsversicherungsamts zur Errichtung von Heil- oder Genesungsanstalten dürfen weder Beiträge von den Mitgliedern der Genossenschaft erhoben werden, noch Verwendungen aus dem Vermögen der Genossenschaft erfolgen.

Behufs Bestreitung der Verwaltungskosten können die Berufsgenossenschaften von den Mitgliedern für das erste Jahr einen Beitrag im voraus erheben. Falls das

Statut hierüber nichts Anderes bestimmt, erfolgt die Aufbringung dieser Mittel nach Maassgabe der Zahl der von den Mitgliedern in ihren Betrieben beschäftigten versicherungspflichtigen Personen (§ 35).

§§ 32, 33 handeln von der Einziehung der Mittel,

§ 34 von dem Reservefonds,

§§ 35—54 behandeln die Organisation und Veränderung der Berufsgenossenschaften,

§§ 55—62 die Mitgliedschaft des einzelnen Betriebes und die Betriebsveränderungen.

### IV. Feststellung und Auszahlung der Entschädigungen.

#### Anzeige und Untersuchung der Unfälle.

§ 63. Von jedem in einem versicherten Betriebe vorkommenden Unfalle, durch welchen eine in demselben beschäftigte Person getödtet wird oder eine Körperverletzung erleidet, welche eine völlige oder theilweise Arbeitsunfähigkeit von mehr als drei Tagen oder den Tod zur Folge hat, ist von dem Betriebsunternehmer bei der Ortspolizeibehörde und dem durch Statut zu bestimmenden Genossenschaftsorgane schriftlich Anzeige zu erstatten.

Dieselbe muss binnen drei Tagen nach dem Tage erfolgen, an welchem der Betriebsunternehmer von dem Unfalle Kenntniss erlangt hat.

Für den Betriebsunternehmer kann derjenige, welcher zur Zeit des Unfalls den Betrieb oder den Betriebstheil, in welchem sich der Unfall ereignete, zu leiten hatte, die Anzeige erstatten; im Falle der Abwesenheit oder Behinderung des Betriebsunternehmers ist er dazu verpflichtet.

Das Formular für die Anzeige wird vom Reichs-Versicherungsamte festgestellt.

Die Vorstände der unter Reichs- oder Staatsverwaltung stehenden Betriebe haben die im Absatz 1 vorgeschriebene Anzeige der vorgesetzten Dienstbehörde nach näherer Anweisung derselben zu erstatten.

§ 64. Jeder zur Anzeige gelangte Unfall, durch welchen eine versicherte Person getödtet ist oder eine Körperverletzung erlitten hat, die voraussichtlich einen Entschädigungsanspruch auf Grund dieses Gesetzes zur Folge haben wird, ist sobald als möglich, in den im § 76b des Krankenversicherungsgesetzes und im § 13 dieses Gesetzes bezeichneten Fällen spätestens unmittelbar nach Eingang eines entsprechenden Ersuchens der Berufsgenossenschaft oder der betheiligten Krankenkasse, von der Ortspolizeibehörde einer Untersuchung zu unterziehen, durch welche festzustellen sind:

1. die Veranlassung und Art des Unfalls,
2. die getödteten oder verletzten Personen,
3. die Art der vorgekommenen Verletzungen,
4. der Verbleib der verletzten Personen,
5. die Hinterbliebenen der durch den Unfall getödteten und die Angehörigen der durch den Unfall verletzten Personen, welche auf Grund dieses Gesetzes einen Entschädigungsanspruch erheben können,
6. die Höhe der Renten, welche der Verletzte etwa auf Grund der Unfallversicherungsgesetze oder des Invalidenversicherungsgesetzes bezieht.

Auf Antrag des Vorstandes der Genossenschaft oder der Section oder der betheiligten Krankenkasse hat die Ortspolizeibehörde die Untersuchung auch dann vorzunehmen, wenn sie die Voraussetzung des ersten Absatzes nicht als gegeben ansieht.

§ 65. An den Untersuchungsverhandlungen können Theil nehmen: der staatliche Aufsichtsbeamte (§ 139b der Gewerbeordnung), Vertreter der Genossenschaft, ein von dem Vorstande der Krankenkasse, welcher der Getödtete oder Verletzte zur Zeit des Unfalls angehört hat, bestellter Bevollmächtigter sowie der Betriebsunternehmer oder ein Vertreter desselben. Zu diesem Zwecke ist dem staatlichen Aufsichtsbeamten, dem Genossenschaftsvorstande, dem Kassenvorstand und dem Betriebsunternehmer von der Einleitung der Untersuchung rechtzeitig Kenntniss zu geben. Ist die Genossenschaft in Sectionen getheilt oder sind von der Genossenschaft Vertrauensmänner bestellt, so ist die Mittheilung von der Einleitung der Untersuchung an den Sectionsvorstand beziehungsweise an den Vertrauensmann zu richten.

Ausserdem sind, soweit thunlich, die sonstigen Betheiligten und auf Antrag und Kosten der Genossenschaft Sachverständige zuzuziehen.

§ 66. Von dem über die Untersuchung aufgenommenen Protokolle sowie von den sonstigen Untersuchungsverhandlungen ist den Betheiligten auf ihren Antrag Einsicht und gegen Erstattung der Schreibgebühren Abschrift zu ertheilen. Die Erstattung der Schreibgebühren kann erlassen werden.

§ 67. Bei den im § 63 Abs. 5 bezeichneten Betrieben bestimmt die vorgesetzte Dienstbehörde diejenige Behörde, welche die Untersuchung nach den Bestimmungen der §§ 64 bis 66 vorzunehmen hat.

§ 68. Ereignet sich ein Unfall auf der Reise, so ist die nach § 63 Abs. 1 zu erstattende Anzeige an diejenige Ortspolizeibehörde im Inlande zu richten, in deren Bezirke sich der Unfall ereignet hat oder der erste Aufenthalt nach demselben genommen wird. Die Untersuchung des Unfalls (§ 64) erfolgt durch diejenige Ortspolizeibehörde, an welche die Anzeige erstattet ist. Auf Antrag Betheiligter (§ 65) kann jedoch die der Ortspolizeibehörde vorgesetzte Behörde die Untersuchung durch eine andere Ortspolizeibehörde herbeiführen. Die zur Führung der Untersuchung berufene Ortspolizeibehörde hat der Krankenkasse, welcher der Verletzte angehört, rechtzeitig von dem Zeitpunkt, in welchem die Untersuchung vorgenommen werden wird, Kenntniss zu geben.

Hinsichtlich der unter Reichs- oder Staatsverwaltung stehenden Betriebe bewendet es bei den Vorschriften im § 63 Abs. 5, § 67.

## Feststellung der Entschädigungen.

§ 69. Die Beschlussfassung über die Feststellung der Entschädigungen (§§ 8 bis 24) erfolgt

1. sofern die Genossenschaft in Sectionen eingetheilt ist, durch den Vorstand der Section, wenn es sich handelt

a) um die im § 9 Abs. 1 Ziffer 1 bezeichneten Leistungen,

b) um die für die Dauer einer voraussichtlich vorübergehenden Erwerbsunfähigkeit zu gewährende Rente,

c) um das Sterbegeld,

d) um die Aufnahme des Verletzten in eine Heilanstalt,

e) um die den Angehörigen eines Verletzten für die Zeit seiner Behandlung in einer Heilanstalt zu gewährende Rente;

2. in allen übrigen Fällen durch den Vorstand der Genossenschaft.

Das Genossenschaftsstatut kann bestimmen, dass die Feststellung der Entschädigungen in den Fällen des Abs. 1 Ziffer 1 durch einen Ausschuss des Sectionsvorstandes oder durch besondere Commissionen oder durch örtliche Beauftragte (Vertrauensmänner), in den Fällen des Abs. 1 Ziffer 2 durch den Sectionsvorstand oder durch einen Ausschuss des Genossenschafts- oder Sectionsvorstandes oder durch besondere Commissionen zu bewirken ist.

Soll auf Grund eines ärztlichen Gutachtens die Bewilligung einer Entschädigung abgelehnt oder nur eine Theilrente festgestellt werden, so ist vorher der behandelnde Arzt zu hören. Steht dieser zu der Genossenschaft in einem Vertragsverhältnisse, so ist auf Antrag ein anderer Arzt zu hören.

§ 70. Soll die Bewilligung einer Entschädigung abgelehnt werden, so ist diese Absicht dem Verletzten oder im Falle seines Todes seinen Hinterbliebenen, soweit sie nach §§ 16 bis 19, 21 entschädigungsberechtigt sein würden, mitzutheilen. Soll eine Entschädigung bewilligt werden, so ist den genannten Personen die Höhe der in Aussicht genommenen Entschädigung mit den rechnungsmässigen Grundlagen mitzutheilen.

Der Verletzte sowie seine Hinterbliebenen (§§ 16 bis 19) sind befugt, auf diese Mittheilung innerhalb zweier Wochen sich zu äussern. Auf ihren innerhalb der gleichen Frist gestellten Antrag hat die untere Verwaltungsbehörde diese Aeusserung zu Protocoll zu nehmen. Wird ein solcher Antrag gestellt, so hat hiervon die untere Verwaltungsbehörde unverzüglich dem zuständigen Genossenschaftsorgane Kenntniss zu geben; dieses hat bis zum Eingange des Protocolls den Bescheid auszusetzen.

Bei den in Absatz 1 bezeichneten Mittheilungen hat das zuständige Genossenschaftsorgan auf die aus Absatz 2 und aus § 69 Absatz 3 sich ergebenden Befugnisse sowie auf die im Absatz 2 vorgesehene Frist hinzuweisen.

§ 71. Die Feststellung der Entschädigung hat in beschleunigtem Verfahren von Amtswegen zu erfolgen.

Für diejenigen verletzten Personen, für welche noch nach Ablauf von dreizehn Wochen nach dem Unfall eine weitere ärztliche Behandlung behufs Heilung der erlittenen Verletzungen nothwendig ist, hat sich die Feststellung zunächst mindestens auf die bis zur Beendigung des Heilverfahrens zu leistenden Entschädigungen zu erstrecken. Die weitere Entschädigung ist, sofern deren Feststellung früher nicht möglich ist, nach Beendigung des Heilverfahrens unverzüglich zu bewirken.

Kann die endgültige Feststellung nicht sofort erfolgen, so ist eine Entschädigung vorläufig zuzubilligen.

§ 72. Entschädigungsberechtigte, für welche die Entschädigung nicht von Amtswegen festgestellt ist, haben ihren Entschädigungsanspruch bei Vermeidung des Ausschlusses vor Ablauf von zwei Jahren nach dem Eintritte des Unfalls bei derjenigen Berufsgenossenschaft anzumelden, welcher die Entschädigungspflicht obliegt. Die Frist gilt auch dann als gewahrt, wenn die Anmeldung bei einem nicht zuständigen Genossenschaftsorgan oder bei einer anderen Berufsgenossenschaft oder bei der für den Wohnort des Entschädigungsberechtigten zuständigen untern Verwaltungsbehörde erfolgt ist. In solchem Falle ist die Anmeldung unverzüglich an die zuständige Stelle abzugeben und der Betheiligte davon zu benachrichtigen.

Nach Ablauf der Frist ist der Anmeldung nur dann Folge zu geben, wenn zugleich glaubhaft bescheinigt wird, dass eine einen Entschädigungsanspruch begründende Folge des Unfalls erst später bemerkbar geworden oder dass der Entschädigungsberechtigte von der Verfolgung seines Anspruchs durch ausserhalb seines Willens liegende Verhältnisse abgehalten worden ist, und wenn die Anmeldung innerhalb dreier Monate, nachdem eine Unfallfolge bemerkbar geworden oder das Hinderniss für die Anmeldung weggefallen, erfolgt ist.

§ 73. Wird der angemeldete Entschädigungsanspruch anerkannt, so ist die Entschädigung sofort festzustellen. Ist die Berufsgenossenschaft der Ansicht, dass ein entschädigungspflichtiger Unfall nicht vorliegt, so ist der Anspruch durch schriftlichen Bescheid abzulehnen. Der Bescheid ist mit Gründen zu versehen.

Ist die Genossenschaft der Ansicht, dass zwar ein entschädigungspflichtiger

Unfall vorliegt, die Entschädigung aber von einer anderen Genossenschaft zu gewähren ist, so hat der Genossenschaftsvorstand dem Entschädigungsberechtigten eine vorläufige Fürsorge zuzuwenden und sich unter Mittheilung der gepflogenen Verhandlungen wegen Anerkennung der Entschädigungspflicht mit dem Vorstande der anderen Genossenschaft ins Benehmen zu setzen. Wird von diesem die Entschädigungspflicht abgelehnt oder innerhalb einer Frist von sechs Wochen eine Erklärung nicht abgegeben, so ist die Entscheidung des Reichs-Versicherungsamts darüber herbeizuführen, welche Berufsgenossenschaft entschädigungspflichtig ist. Die Entscheidung ist auch dem Entschädigungsberechtigten zuzustellen.

§ 74. Die Mitglieder der Genossenschaften sind verpflichtet, auf Erfordern der Behörden und der nach § 69 zur Feststellung der Entschädigung berufenen Stellen binnen einer Woche diejenigen Gehalts- und Lohnnachweisungen zu liefern, welche zur Feststellung der Entschädigung erforderlich sind.

Bescheid der Vorstände.

§ 75. Ueber die Feststellung der Entschädigung hat diejenige Stelle (§ 69), welche sie vorgenommen hat, dem Entschädigungsberechtigten einen schriftlichen Bescheid zu ertheilen, aus welchem die Höhe der Entschädigung und die Art ihrer Berechnung zu ersehen ist. Bei Entschädigungen für erwerbsunfähig gewordene Verletzte ist namentlich anzugeben, in welchem Maasse die Erwerbsunfähigkeit angenommen worden ist.

Berufung.

§ 76. Gegen den Bescheid, durch welchen der Entschädigungsanspruch abgelehnt wird, sowie gegen den Bescheid, durch welchen die Entschädigung festgestellt wird, findet die Berufung auf schiedsgerichtliche Entscheidung statt.

Die Berufung ist bei Vermeidung des Ausschlusses innerhalb eines Monats nach der Zustellung des Bescheids bei dem Schiedsgerichte (Gesetz, betreffend die Abänderung der Unfallversicherungsgesetze, § 3) zu erheben, in dessen Bezirke der Betrieb, in welchem der Unfall sich ereignet hat, belegen ist.

Die Frist gilt auch dann als gewahrt, wenn innerhalb derselben die Berufung bei einer anderen inländischen Behörde oder bei einem Genossenschaftorgan eingegangen ist. Diese haben die Berufungsschrift unverzüglich an das Schiedsgericht abzugeben.

Der Bescheid muss die Bezeichnung des für die Berufung zuständigen Schiedsgerichts sowie die Belehrung über die einzuhaltende Frist enthalten.

Die Berufung hat, ausgenommen im Falle des § 23, keine aufschiebende Wirkung.

§ 77. Bildet in dem Falle des § 15 Absatz 1 Ziffer 2 die Anerkennung oder Nichtanerkennung des Rechtsverhältnisses zwischen dem Getödteten und dem die Entschädigung Beanspruchenden die Voraussetzung des Anspruchs, so kann das Schiedsgericht den Betheiligten aufgeben, zuvörderst die Feststellung des betreffenden Rechtsverhältnisses im ordentlichen Rechtswege herbeizuführen. In diesem Falle ist die Klage bei Vermeidung des Ausschlusses binnen einer vom Schiedsgerichte zu bestimmenden, mindestens auf einen Monat zu bemessenden Frist nach der Zustellung des hierüber ertheilten Bescheids des Schiedsgerichts zu erheben.

Nachdem im ordentlichen Rechtsweg eine rechtskräftige Entscheidung ergangen ist, hat das Schiedsgericht auf erneuten Antrag über den Entschädigungsanspruch zu entscheiden.

§ 78. Das Schiedsgericht hat, wenn es den Entschädigungsanspruch für be-

gründet erachtet, zugleich die Höhe der Entschädigung und den Beginn der Rente festzustellen. Hat das Schiedsgericht in besonderen Ausnahmefällen, welche das Reichs-Versicherungsamt näher bestimmen darf, den Anspruch nur dem Grunde nach anerkannt und nicht gleichzeitig über die Höhe der Entschädigung und den Beginn der Rente entschieden, so hat das Schiedsgericht unverzüglich eine vorläufige Entschädigung zu bewilligen, gegen deren Feststellung ein Rechtsmittel nicht stattfindet. Sobald der Entschädigungsanspruch rechtskräftig feststeht, ist die Höhe der Entschädigung und der Beginn der Rente, sofern dies nicht bereits früher geschehen ist, festzustellen. Die vorläufig gezahlten Beträge werden auf die endgültig angewiesene Rente angerechnet.

§ 79. Die Entscheidung des Schiedsgerichts ist dem Berufenden und demjenigen Genossenschaftsorgane, welches den angefochtenen Bescheid erlassen hat, in Ausfertigung zuzustellen.

### Recurs.

§ 80. Gegen die Entscheidung des Schiedsgerichts steht in den Fällen des § 69 Absatz 1 Ziffer 2, vorbehaltlich der Bestimmungen des § 90 Absatz 2 und des § 95 Absatz 1, dem Verletzten oder dessen Hinterbliebenen sowie dem Genossenschaftsvorstande das Rechtsmittel des Recurses zu. Der Recurs des Vorstandes hat aufschiebende Wirkung insoweit, als es sich um Beträge handelt, die für die Zeit vor dem Erlasse der angefochtenen Entscheidung nachträglich gezahlt werden sollen. Im Uebrigen hat der Recurs keine aufschiebende Wirkung.

Werden mit der Anfechtung einer Entscheidung des Schiedsgerichts in den im § 69 Absatz 1 Ziffer 1 bezeichneten Angelegenheiten Recursanträge wegen der im § 59 Absatz 1 Ziffer 2 bezeichneten Angelegenheiten verbunden, so darf die Entscheidung des Schiedsgerichts über die zuerst bezeichneten Angelegenheiten in dem Recursverfahren nur dann abgeändert werden, wenn im Uebrigen den Recursanträgen Folge gegeben wird.

Ueber den Recurs entscheidet das Reichs-Versicherungsamt. Das Rechtsmittel ist bei demselben zur Vermeidung des Ausschlusses innerhalb eines Monats nach der Zustellung der Entscheidung des Schiedsgerichts einzulegen; die Bestimmung des § 76 Absatz 3 findet entsprechende Anwendung.

§ 81. Ist der Recurs unzulässig (§ 80 Absatz 1) oder verspätet (§ 80 Absatz 3), so hat das Reichs-Versicherungsamt den Recurs ohne mündliche Verhandlung zurückzuweisen; ebenso kann es verfahren, wenn die bei dem Beschlusse mitwirkenden Mitglieder einstimmig den Recurs für offenbar ungerechtfertigt erachten. Andernfalls hat das Reichs-Versicherungsamt naeh mündlicher Verhandlung zu entscheiden.

Wird das angefochtene Urtheil aufgehoben, so kann das Reichs-Versicherungsamt, statt in der Sache selbst zu entscheiden, dieselbe an das Schiedsgericht oder an das zuständige Genossenschaftsorgan zurückverweisen. Dabei kann das Reichs-Versicherungsamt bestimmen, dass dem Entschädigungsberechtigten eine ihrem Betrage nach bestimmte Rente vorläufig zu zahlen ist. Im Falle der Zurückverweisung ist die rechtliche Beurtheilung, auf welche das Reichs-Versicherungsamt die Aufhebung gestützt hat, den weiteren Entscheidungen oder Bescheiden zu Grunde zu legen.

§ 82. Kommt nach Ansicht des Reichs-Versicherungsamts nicht die im Verfahren in Anspruch genommene, sondern eine andere Berufsgenossenschaft als entschädigungspflichtig in Frage, so kann das Reichs-Versicherungsamt diese andere Genossenschaft zur Verhandlung beiladen und gegebenen Falles zur Leistung der Entschädigung verurtheilen, auch wenn ein Anspruch gegen dieselbe bereits rechtskräftig abgelehnt worden ist.

§ 83. Sobald einem Verletzten oder dessen Hinterbliebenen ein Entschädigungsanspruch gegenüber einer Genossenschaft rechtskräftig zuerkannt ist, kann auf Antrag ein gegenüber einer anderen Genossenschaft wegen desselben Unfalls etwa schwebendes Verfahren durch Beschluss des Reichs-Versicherungsamts eingestellt werden.

Sind, abgesehen von den Fällen des § 85, wegen desselben Unfalls Entschädigungsansprüche gegen mehrere Genossenschaften rechtskräftig anerkannt, so hat das Reichs-Versicherungsamt die zu Unrecht ergangene Feststellung oder Entscheidung aufzuheben.

Die auf Grund der aufgehobenen Feststellung oder Entscheidung geleisteten Zahlungen sind zu ersetzen: der Anspruch des Verletzten geht insoweit auf die ersatzberechtigte Genossenschaft über.

§ 84. Auf die Anfechtung rechtskräftiger Entscheidungen über einen Entschädigungsanspruch finden, unbeschadet der Bestimmungen der §§ 82, 83, die Vorschriften der Civilprocessordnung über die Wiederaufnahme des Verfahrens entsprechende Anwendung, soweit nicht durch Kaiserliche Verordnung mit Zustimmung des Bundesraths etwas Anderes bestimmt wird.

§ 85. Hat die Beschäftigung, bei welcher sich der Unfall ereignet hat, für mehrere zu verschiedenen Berufsgenossenschaften gehörende Betriebe stattgefunden, so können die betheiligten Genossenschaften die Entschädigungsverpflichtung unter sich vertheilen. Kommt eine Einigung nicht zu Stande, so ist das Reichs-Versicherungsamt berechtigt, auf Antrag einer betheiligten Genossenschaft die Vertheilung zu bestimmen. In solchem Falle ist nach Anhörung der betheiligten Vorstände nach billigem Ermessen festzustellen, mit welchem Antheile jede Genossenschaft an der Unfallentschädigung betheiligt ist, und welche Beträge derjenigen, welche vorläufig Entschädigung geleistet hat, zu erstatten sind.

Die Heranziehung einer der im vorstehenden Absatze bezeichneten Genossenschaften zur Aufbringung eines Antheils an der Entschädigung kann auch dann noch erfolgen, wenn ein ablehnender Bescheid der Genossenschaft oder eine den Anspruch des Entschädigungsberechtigten ihr gegenüber zurückweisende Entscheidung rechtskräftig geworden ist.

Die für die Feststellung der Entschädigung zuständige Genossenschaft ist mangels einer Vereinbarung durch das Reichs-Versicherungsamt zu bestimmen.

§ 86. Die Berufsgenossenschaften sind befugt, von der Rückforderung der gemäss §§ 76, 78, 81 Absatz 2 vor rechtskräftiger Entscheidung gezahlten Entschädigungen abzusehen.

§ 87. Nach erfolgter Feststellung der Entschädigung §§ 69ff.) hat der Genossenschaftsvorstand dem Berechtigten die mit der Zahlung beauftragte Postanstalt (§ 97) zu bezeichnen und der unteren Verwaltungsbehörde des Wohnorts über die dem Berechtigten zustehenden Bezüge Mittheilung zu machen. Das Gleiche gilt beim Eintritte von Veränderungen.

### Veränderung der Verhältnisse.

§ 88. Tritt in den Verhältnissen, welche für die Feststellung der Entschädigung maassgebend gewesen sind, eine wesentliche Veränderung ein, so kann eine anderweite Feststellung erfolgen.

Nach Ablauf von zwei Jahren von der Rechtskraft des Bescheids oder der Entscheidung ab, durch welche die Entschädigung zuerst endgültig festgestellt worden ist, darf wegen einer im Zustande des Verletzten eingetretenen Veränderung eine anderweite Feststellung, sofern nicht zwischen der Berufsgenossenschaft und dem Empfangsberechtigten über einen kürzeren Zeitraum ausdrückliches Einverständniss

erzielt ist, nur in Zeiträumen von mindestens einem Jahre beantragt oder vorgenommen werden.

Die anderweite Feststellung erfolgt innerhalb der ersten fünf Jahre von der Rechtskraft der erwähnten Bescheide oder Entscheidungen ab auf Antrag oder von Amtswegen durch Bescheid der Berufsgenossenschaft, später, sofern nicht über die anderweite Feststellung zwischen der Berufsgenossenschaft und dem Empfangsberechtigten ausdrückliches Einverständniss erzielt ist, nur auf Antrag durch Entscheidung des Schiedsgerichts.

Zu dem Antrag auf Wiederaufnahme eines Heilverfahrens ist neben dem Verletzten auch die Krankenkasse, der er angehört, berechtigt.

§ 89. Wird innerhalb der ersten fünf Jahre ein neuer Bescheid erlassen, bevor die frühere Entscheidung über die Höhe der Entschädigung die Rechtskraft erlangt hat, so muss die Rechtsmittelbelehrung in dem die Rente abändernden Bescheide darauf hinweisen, dass durch das gegen den früheren Bescheid eingelegte Rechtsmittel der Eintritt der Rechtskraft des neuen Bescheides nicht gehemmt wird. Abschrift des neuen Bescheids ist derjenigen Stelle, bei welcher das Verfahren über den älteren Bescheid schwebt, mitzutheilen. Diese ist berechtigt, bei Entscheidung der älteren Sache darüber zu befinden, welche Entschädigung für die Zeit nach Erlass des neuen Bescheids zu gewähren ist. Ein in Folge der Anfechtung des neuen Bescheids etwa eingeleitetes Verfahren ist alsdann einzustellen.

Vor einer Herabsetzung oder Aufhebung der Rente ist dem Rentenempfänger unter Mittheilung derjenigen Unterlagen, auf Grund deren die Herabsetzung oder Aufhebung erfolgen soll, Gelegenheit zur Aeusserung zu geben.

Eine Erhöhung der Rente kann nur für die Zeit nach Anmeldung des höheren Anspruchs gefordert werden.

Eine Minderung, Einstellung (§ 94) oder Aufhebung der Rente tritt mit Ablauf des Monats in Wirksamkeit, in welchem der die Veränderung aussprechende Bescheid zugestellt worden ist.

§ 90. Die anderweite Feststellung einer Rente nach Ablauf der ersten fünf Jahre kann nur für die Zeit nach Zustellung des Antrags gefordert werden. Im Uebrigen wird der Zeitpunkt, von welchem an die Erhöhung, Minderung oder Aufhebung der Rente in Kraft treten soll, in der Entscheidung des Schiedsgerichts festgesetzt. Ebenso bestimmt das Schiedsgericht, in welchen Summen und Fristen die seit dem Inkrafttreten der Rentenminderung etwa bezahlten Mehrbeträge durch Kürzung späterer Rentenbezüge zur Erstattung gelangen sollen. Das Schiedsgericht kann auf Antrag auch schon vor dieser Entscheidung im Wege der einstweiligen Verfügung anordnen, dass die fernere Rentenzahlung bis zur rechtskräftigen Entscheidung über den Antrag auf Aufhebung oder Minderung der Rente ganz oder theilweise eingestellt werde.

Auf die Entscheidungen des Schiedsgerichts finden die Bestimmungen der §§ 80 ff. über das Rechtsmittel des Rekurses entsprechende Anwendung. Gegen die im Absatz 1 Satz 2 bis 4 bezeichneten Entscheidungen und Verfügungen des Schiedsgerichts findet jedoch ein Rechtsmittel nicht statt.

Wird der Antrag auf Abänderung der Rente dem Schiedsgericht unterbreitet, bevor die frühere Entscheidung über die Höhe der Entschädigung die Rechtskraft erlangt hat, so ist die Stelle, bei welcher das frühere Verfahren anhängig ist, berechtigt, in diesem darüber zu befinden, welche Entschädigung für die Zeit nach Zustellung des Antrags auf Abänderung der Rente zu gewähren ist.

§ 91. Die anderweite Rentenfestsetzung nach Abschluss eines neuen Heilverfahrens, die Einstellung von Rentenzahlungen (§ 94), sowie die Ablösung einer

Rente durch Kapitalzahlung (§ 95) erfolgt auch nach Ablauf des im § 88 Absatz 3 vorgesehenen Zeitraums durch Bescheid der Berufsgenossenschaft.

§ 92. Ist der Verletzte, für welchen eine Entschädigung festgestellt war, in Folge der Verletzung gestorben, so muss der Anspruch auf Gewährung einer Entschädigung für die Hinterbliebenen, falls diese Entschädigung nicht von Amtswegen festgestellt ist, bei Vermeidung des Ausschlusses vor Ablauf von zwei Jahren nach dem Tode der Verletzten bei dem zuständigen Vorstand oder bei der für den Wohnort des Entschädigungsberechtigten zuständigen unteren Verwaltungsbehörde angemeldet werden. Nach Ablauf dieser Frist ist der Anmeldung nur dann Folge zu geben, wenn zugleich glaubhaft bescheinigt wird, dass der Entschädigungsberechtigte von der Verfolgung seines Anspruchs durch ausserhalb seines Willens liegende Verhältnisse abgehalten worden ist und die Anmeldung innerhalb dreier Monate, nachdem das Hinderniss weggefallen, erfolgt ist. Im Uebrigen finden auf das Verfahren die Vorschriften der §§ 69 bis 87 entsprechende Anwendung.

### Fälligkeitstermine.

§ 93. Kosten des Heilverfahrens und Sterbegelder sind binnen einer Woche nach ihrer Feststellung, Renten in monatlichen, und wenn sich der Jahresbetrag auf sechzig Mark oder weniger beläuft, in vierteljährlichen Beträgen im voraus zu zahlen, letzteres insoweit, als nicht im voraus anzunehmen ist, dass die Rente vor Ablauf des Vierteljahrs fortfällt. Die Renten werden auf volle fünf Pfennig für den Monat beziehungsweise das Vierteljahr nach oben abgerundet.

Im Einverständnisse mit dem Entschädigungsberechtigten kann die Berufsgenossenschaft anordnen, dass die Zahlung in längeren Zeitabschnitten erfolgt.

Fällt das Recht auf den Rentenbezug im Laufe des Monats, für welchen die Rente gezahlt war, fort, so ist von einer Rückforderung abzusehen. Wenn für einen Theil des Monats die Rente für den Verletzten mit der Rente für die Hinterbliebenen zusammentrifft, so haben die Hinterbliebenen den höheren Betrag zu beanspruchen.

Ein Verzicht auf die Rückforderung ist auch dann zulässig, wenn die Rente für längere Zeitabschnitte gezahlt war.

### Ruhen der Rente.

§ 94. Das Recht auf Bezug der Rente ruht:

1. so lange der Berechtigte eine die Dauer von einem Monat übersteigende Freiheitsstrafe verbüsst oder so lange er in einem Arbeitshaus oder einer Besserungsanstalt untergebracht ist. Hat der Berechtigte im Inlande wohnende Angehörige, welche im Falle seines Todes Anspruch auf Rente haben würden, so ist diesen die Rente bis zur Höhe jenes Anspruchs zu überweisen;

2. so lange der berechtigte Ausländer nicht im Inlande seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat. Diese Bestimmung kann durch Beschluss des Bundesraths für bestimmte Grenzgebiete oder für solche auswärtige Staaten, durch deren Gesetzgebung deutschen, durch einen Betriebsunfall verletzten Arbeitern eine entsprechende Fürsorge gewährleistet ist, ausser Kraft gesetzt werden;

3. so lange der berechtigte Inländer im Auslande sich aufhält und es unterlässt, der Berufsgenossenschaft seinen Aufenthalt mitzutheilen.

Das Reichs-Versicherungsamt hat über die Mittheilung des Aufenthaltsorts nähere Vorschriften zu erlassen und darin anzuordnen, dass der Rentenberechtigte sich von Zeit zu Zeit bei einem deutschen Konsul persönlich vorzustellen hat.

Weist der Entschädigungsberechtigte nach, dass er der Vorstellungspflicht ohne sein Verschulden nicht hat genügen können, so lebt insoweit das Recht auf den Bezug der Rente wieder auf.

### Kapitalabfindungen.

§ 95. Ist bei theilweiser Erwerbsunfähigkeit eine Rente von fünfzehn oder weniger Procent der Vollrente festgestellt, so kann nach Anhörung der unteren Verwaltungsbehörde die Berufsgenossenschaft den Entschädigungsberechtigten auf seinen Antrag durch eine entsprechende Kapitalzahlung abfinden. Der Verletzte muss vor Annahme seines Antrags darüber belehrt werden, dass er nach der Abfindung auch in dem Falle keinerlei Anspruch auf Rente mehr habe, wenn sein Zustand sich erheblich verschlechtern würde. Gegen den Bescheid, durch welchen die Kapitalabfindung festgesetzt wird, ist Berufung (§ 76) zulässig. Das Rechtsmittel hat in diesem Falle aufschiebende Wirkung. Bis zur Verkündung der Entscheidung kann der Antrag zurückgezogen werden. Die Entscheidung des Schiedsgerichts ist endgültig. Sie kann nur auf Bestätigung oder auf Aufhebung des Bescheids lauten.

Ist der Entschädigungsberechtigte ein Ausländer, so kann er, falls er seinen Wohnsitz im Deutschen Reiche aufgiebt, auf seinen Antrag mit dem dreifachen Betrage der Jahresrente abgefunden werden. Durch Beschluss des Bundesraths kann diese Bestimmung für bestimmte Grenzgebiete oder für die Angehörigen solcher auswärtiger Staaten, durch deren Gesetzgebung deutschen, durch Unfall verletzten Arbeitern eine entsprechende Fürsorge gewährleistet ist, ausser Kraft gesetzt werden.

Diese Bestimmungen finden auch Anwendung auf solche Renten, welche vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes festgestellt worden sind. Wird eine solche Abfindung im Laufe der ersten drei Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes ausgesprochen, so sind die Berufsgenossenschaften berechtigt, die erforderlichen Mittel aus dem Reservefonds zu entnehmen. Dieser ist dann nach näherer Anordnung des Reichs-Versicherungsamts (§ 34, Absatz 2) wieder zu ergänzen.

### Uebertragung der Ansprüche.

§ 96. Die Uebertragung der aus diesem Gesetze sich ergebenden Ansprüche auf Dritte sowie deren Verpfändung oder Pfändung hat nur insoweit rechtliche Wirkung, als sie erfolgt:

1. zur Deckung eines Vorschusses, welcher dem Berechtigten auf seine Ansprüche vor Anweisung der Rente oder des Sterbegeldes von dem Betriebsunternehmer oder einem Genossenschaftsorgan oder dem Mitglied eines solchen Organs gegeben worden ist;

2. zur Deckung der im § 850 Abs. 4 der Civilprocessordnung bezeichneten Forderungen;

3. zur Deckung von Forderungen der nach §§ 25, 27 ersatzberechtigten Gemeinden, Armenverbände und an deren Stelle getretenen Betriebsunternehmer und Kassen, der Krankenkassen sowie der Versicherungsanstalten für Invalidenversicherung.

Die Ansprüche dürfen nur auf geschuldete Beiträge, auf gezahlte Vorschüsse, auf zu Unrecht gezahlte Entschädigungen, auf die zu erstattenden Kosten des Verfahrens, auf die vom Vorstande verhängten Geldstrafen sowie auf die im § 136 Abs. 1 bezeichneten Regressansprüche der Berufsgenossenschaften aufgerechnet werden.

Ausnahmsweise darf der Berechtigte den Anspruch ganz oder zum Theil auf Andere übertragen, sofern dies von der unteren Verwaltungsbehörde genehmigt wird.

Auszahlungen durch die Post.

§ 97. Die Auszahlung der auf Grund dieses Gesetzes zu leistenden Entschädigungen wird auf Anweisung des Genossenschaftsvorstandes vorschussweise durch die Postverwaltung und zwar durch diejenigen Postanstalten bewirkt, in deren Bezirke die Empfangsberechtigten ihren Wohnsitz haben.

Verlegt der Empfangsberechtigte seinen Wohnsitz, so hat er die Ueberweisung der Auszahlung der ihm zustehenden Entschädigung an die Postanstalt seines neuen Wohnorts bei dem Vorstande, von welchem die Zahlungsanweisung erlassen worden ist, oder bei der Postanstalt des bisherigen Wohnsitzes zu beantragen.

Die §§ 98—111 handeln von den Bestimmungen über die Vermögensverwaltung der Berufsgenossenschaften und von deren Verhältniss zu der Post.

Die §§ 112—118 handeln von den Unfallverhütungsvorschriften, die §§ 119 bis 124 von der Ueberwachung der Betriebe.

## VI. Beaufsichtigung der Berufsgenossenschaften.

§ 125. Die Genossenschaften unterliegen in Bezug auf die Befolgung dieses Gesetzes der Beaufsichtigung durch das Reichs-Versicherungsamt. Die Aufsicht hat sich auf die Beobachtung der gesetzlichen und statutarischen Vorschriften zu erstrecken.

Das Reichs-Versicherungsamt ist befugt, jederzeit eine Prüfung der Geschäftsführung der Genossenschaften vorzunehmen.

Die Vorstandsmitglieder, Vertrauensmänner und Beamten der Genossenschaften sind auf Erfordern des Reichs-Versicherungsamts zur Vorlegung ihrer Bücher, Beläge und ihrer auf den Inhalt der Bücher bezüglichen Correspondenzen sowie der auf die Festsetzung der Entschädigungen und Jahresbeiträge bezüglichen Schriftstücke an die Beauftragten des Reichs-Versicherungsamts oder an das letztere selbst verpflichtet. Dieselben können hierzu durch Geldstrafen bis zu eintausend Mark angehalten werden.

Der Aufsicht des Reichs-Versicherungsamts unterstehen ferner die von den Berufsgenossenschaften errichteten oder unterhaltenen Heilanstalten. Das Reichs-Versicherungsamt kann zu den zum Zwecke der Aufsicht stattfindenden Revisionen Vertreter der Berufsgenossenschaften und der Arbeiter zuziehen.

§ 126. Das Reichs-Versicherungsamt entscheidet, unbeschadet der Rechte Dritter, über Streitigkeiten, welche sich auf die Rechte und Pflichten der Inhaber der Genossenschaftsämter, auf die Auslegung der Statuten und die Gültigkeit der vollzogenen Wahlen beziehen. Dasselbe kann die Inhaber der Genossenschaftsämter zur Befolgung der gesetzlichen und statutarischen Vorschriften durch Geldstrafen bis zu eintausend Mark anhalten.

§ 127. Ist für das Gebiet eines Bundesstaats ein Landes-Versicherungsamt errichtet, so unterliegen Berufsgenossenschaften, welche nur solche Betriebe umfassen, deren Sitz im Gebiete des betreffenden Bundesstaats belegen ist, der Beaufsichtigung durch das Landes-Versicherungsamt. In den Angelegenheiten dieser Berufsgenossenschaften gehen die in den §§ 23, 26 des Gesetzes, betreffend die Abänderung der Unfallversicherungsgesetze, sowie in den §§ 31, 34, 39, 44, 46 bis 49, 51, 53, 54, 58. 59, 61, 62, 73, 80 bis 85, 95, 102, 105 bis 107, 110, 112 bis 116, 119, 120, 123 bis 126, 128 dieses Gesetzes dem Reichs-Versicherungsamt übertragenen Zuständigkeiten auf das Landes-Versicherungsamt über.

Soweit jedoch in den Fällen der § 51, 53, 58, 61, 73, 82, 83, 85 eine der Aufsicht eines anderen Landes-Versicherungsamts oder des Reichs-Versicherungsamts unterstellte Berufsgenossenschaft oder eine Ausführungsbehörde eines anderen Bundesstaats mitbetheiligt ist, entscheidet das Reichs-Versicherungsamt. Das Landesver-

sicherungsamt hat in solchen Fällen die Akten an das Reichs-Versicherungsamt zur Entscheidung abzugeben.

Hat das Reichs-Versicherungsamt einen Entschädigungsanspruch um deswillen abgelehnt, weil nicht der in Ansuch genommene Träger der Versicherung, sondern ein anderer Träger zur Entschädigung verpflichtet ist, so kann der Anspruch gegen den letzteren nicht mit der Begründung abgelehnt werden, dass der erstere entschädigungspflichtig sei.

Treten für eine der im Absatz 1 genannten, der Aufsicht eines Landes-Versicherungsamts unterstellten Berufsgenossenschaften die Voraussetzungen des § 54 ein, so gehen die Rechtsansprüche und Verpflichtungen auf den betreffenden Bundesstaat über.

§§ 128—133 handeln von den Reichs- und Staatsbetrieben.

## VIII. Schluss- und Strafbestimmungen.

### Knappschafts-Berufsgenossenschaften.

§ 134. Unternehmer von Betrieben, welche landesgesetzlich bestehenden Knappschaftsverbänden angehören, können auf Antrag der Vorstände der letzteren vom Bundesrathe zu Knappschafts-Berufsgenossenschaften vereinigt werden.

Die Knappschafts-Berufsgenossenschaften können durch Statut bestimmen:

a) dass die Entschädigungsbeträge auch über fünfundsiebenzig Procent hinaus (§ 50) von denjenigen Sectionen zu tragen sind, in deren Bezirken die Unfälle eingetreten sind;

b) dass den Knappschaftsältesten die Functionen der in den §§ 113 bis 115 bezeichneten Vertreter der Arbeiter übertragen werden;

c) dass Knappschaftsälteste stimmberechtigte Mitglieder des Genossenschaftsvorstandes oder, sofern die Knappschafts-Berufsgenossenschaft in Sectionen getheilt ist, der Sectionsvorstände sind;

d) dass die Auszahlung der Entschädigungen durch die Knappschaftskassen bewirkt wird (§ 97).

§§ 135—139 handeln von der Haftung der Betriebsunternehmer und Betriebsbeamten.

§ 140 handelt von der Haftung Dritter,

§ 141 von dem Verbot vertragsmässiger Beschränkung,

§ 142 von der unbehinderten Ausübung der Functionen,

§ 143 von den älteren Versicherungsverträgen.

### § 144. Rechtshülfe.

Die öffentlichen Behörden sind verpflichtet, den im Vollzuge dieses Gesetzes an sie ergehenden Ersuchen des Reichs-Versicherungsamts, der Landes-Versicherungsämter, der Schiedsgerichte, anderer öffentlicher Behörden sowie der Genossenschafts- und Sectionsvorstände zu entsprechen und den Organen der Berufsgenossenschaften auch unaufgefordert alle Mittheilungen zukommen zu lassen, welche für deren Geschäftsbetrieb von Wichtigkeit sind. Die gleiche Verpflichtung liegt den Organen der Genossenschaften gegen einander und gegenüber den Behörden sowie den Organen der Versicherungsanstalten für Invalidenversicherung und der Krankenkassen ob. Die Verpflichtung der Behörden erstreckt sich insbesondere auch auf die Vollstreckung rechtskräftiger Bescheide und Erkenntnisse.

Die durch die Erfüllung dieser Verpflichtungen entstehenden Kosten sind von

den Genossenschaften als eigene Verwaltungskosten (§ 29) insoweit zu erstatten, als sie in Tagegeldern und Reisekosten sowie in Gebühren für Zeugen und Sachverständige oder in sonstigen baaren Auslagen bestehen.

§ 145. Gebühren- und Stempelfreiheit.

Alle zur Begründung und Abwickelung der Rechtsverhältnisse zwischen den Berufsgenossenschaften einerseits und den Versicherten andererseits erforderlichen schiedsgerichtlichen und aussergerichtlichen Verhandlungen und Urkunden sind gebühren- und stempelfrei. Dasselbe gilt für die im § 42 Absatz 3 bezeichneten Legitimationsbescheinigungen und für die behufs Vertretung von Berufsgenossen ausgestellten privatschriftlichen Vollmachten.

§§ 146—151 enthalten Strafbestimmungen.

§ 152. Zuständige Landesbehörden.

Die Centralbehörden der Bundesstaaten bestimmen, von welchen Staats- oder Gemeindebehörden die in diesem Gesetze den höheren Verwaltungsbehörden, den unteren Verwaltungsbehörden und den Ortspolizeibehörden zugewiesenen Verrichtungen wahrzunehmen sind.

Die in Gemässheit dieser Vorschrift erlassenen Bestimmungen sind durch den Reichsanzeiger bekannt zu machen.

Die höhere Verwaltungsbehörde kann bestimmte Gemeindebehörden als untere Verwaltungsbehörden im Sinne des § 70 bezeichnen und mit der Wahrnehmung der dort vorgesehenen Geschäfte betrauen.

§§ 153—154 handeln von der Strafvollstreckung.

§§ 155. Zustellungen.

Zustellungen, welche den Lauf von Fristen bedingen, können durch die Post mittelst eingeschriebenen Briefes erfolgen. Posteinlieferungsscheine begründen nach Ablauf von zwei Jahren seit ihrer Ausstellung die Vermuthung für die in der ordnungsmässigen Frist nach der Einlieferung erfolgte Zustellung.

Personen, welche nicht im Inlande wohnen, können von den zustellenden Behörden und Genossenschaftsorganen aufgefordert werden, einen Zustellungsbevollmächtigten zu bestellen.

Ist der Aufenthalt einer Person, welcher zugestellt werden soll, nicht ermittelt oder wird der nach Absatz 2 ergangenen Aufforderung nicht innerhalb der gesetzten Frist genügt, so kann die Zustellung durch öffentlichen Aushang während einer Woche in den Geschäftsräumen der zustellenden Behörden oder Genossenschaftsorgane ersetzt werden.

## c) Unfallversicherungsgesetz für Land- und Forstwirthschaft.

### I. Allgemeine Bestimmungen.

Umfang der Versicherung.

§ 1. Alle in land- oder forstwirthschaftlichen Betrieben beschäftigten Arbeiter und Betriebsbeamten, letztere, sofern ihr Jahresarbeitsverdienst an Gehalt oder Lohn dreitausend Mark nicht übersteigt, werden gegen die Folgen der bei dem Betriebe sich ereignenden Unfälle nach Maassgabe der Bestimmungen dieses Gesetzes versichert.

Dasselbe gilt mit den aus Absatz 3 Ziffer 1, 2 sich ergebenden Ausnahmen von Arbeitern und Betriebsbeamten in solchen Unternehmungen, welche der Unternehmer eines land- oder forstwirthschaftlichen Betriebs neben seiner Land- oder Forstwirth-

schaft, aber in wirthschaftlicher Abhängigkeit von derselben betreibt (land- oder forstwirthschaftliche Nebenbetriebe). Hierzu sind insbesondere solche Betriebe zu rechnen, welche ausschliesslich oder vorzugsweise bestimmt sind

1. zur weiteren Bearbeitung oder Verarbeitung von Erzeugnissen der Land- oder Forstwirthschaft des Unternehmers,

2. oder zur Befriedigung von Bedürfnissen seiner Land- oder Forstwirthschaft,

3. oder zur Gewinnung oder Verarbeitung von Bodenbestandtheilen seines Grundstücks.

Unter dieses Gesetz fallen nicht

1. Bergwerke, Salinen, Aufbereitungsanstalten, Werften, Bauhöfe, Hüttenwerke sowie Betriebe, in denen Explosivstoffe oder explodirende Gegenstände gewerbsmässig erzeugt werden,

2. solche Betriebe, welche nach näherer Bestimmung des Reichs-Versicherungsamts wegen ihres erheblichen Umfanges oder wegen besonderer maschineller Einrichtungen oder wegen der Zahl der verwendeten gewerblichen Arbeiter den unter das Gewerbe-Unfallversicherungsgesetz fallenden Fabriken zuzurechnen sind.

Die laufenden Reparaturen an den zum Betriebe der Land- und Forstwirthschaft dienenden Gebäuden und die zum Wirthschaftsbetriebe gehörenden Bodencultur- und sonstigen Bauarbeiten, insbesondere die diesem Zwecke dienende Herstellung oder Unterhaltung von Wegen, Dämmen, Canälen und Wasserläufen gelten als Theile des land- und forstwirthschaftlichen Betriebs, wenn sie von Unternehmern land- oder forstwirthschaftlicher Betriebe ohne Uebertragung an andere Unternehmer auf ihren Grundstücken ausgeführt werden. Die kraft öffentlich-rechtlicher Verpflichtung von Unternehmern land- oder forstwirthschaftlicher Betriebe für Gemeindezwecke geleisteten Arbeiten zur Herstellung oder Unterhaltung von Gebäuden, Wegen, Canälen, Dämmen und Wasserläufen werden den land- oder forstwirthschaftlichen Betrieben dieser Unternehmer zugerechnet.

Der Landesgesetzgebung bleibt überlassen, zu bestimmen, in welchem Umfang und unter welchen Voraussetzungen Unternehmer der unter Absatz 1 fallenden Betriebe versichert, oder Familienangehörige, welche in dem Betriebe des Familienhaupts beschäftigt werden, von der Versicherung ausgeschlossen sein sollen.

Wer im Sinne dieses Gesetzes als Betriebsbeamter oder als eine solche Person anzusehen ist, welche zum Unterschiede von den gewöhnlichen land- oder forstwirthschaftlichen Arbeitern eine technische Fertigkeiten erfordernde besondere Stellung einnimmt (z. B. Förster, Gärtner, Gärtnereigehülfen; gewerbliche Facharbeiter, wie Brenner, Maschinenführer, Heizer, Müller, Ziegler, Stellmacher, Schmiede u. A.), wird durch statutarische Bestimmung der Berufsgenossenschaft (§ 33) für ihren Bezirk festgestellt. Bis zum Erlass entsprechender statutarischer Bestimmungen bleiben diese Personen den sonstigen Arbeitern gleichgestellt.

Als landwirthschaftlicher Betrieb im Sinne dieses Gesetzes gilt auch der Betrieb der gewerblichen Gärtnerei (Kunst- und Handelsgärtnerei, Baumschule und Samengärtnerei), dagegen nicht die ausschliessliche Bewirthschaftung von Haus- und Ziergärten.

Welche Betriebszweige im Sinne dieses Gesetzes als land- oder forstwirthschaftliche Betriebe anzusehen sind, bestimmt das Reichs-Versicherungsamt.

§ 2. Die Versicherung erstreckt sich auf hauswirthschaftliche Verrichtungen und andere Dienste, zu denen die auf Grund dieses Gesetzes versicherten Personen, die hauptsächlich in der Land- oder Forstwirthschaft oder in deren Nebenbetrieben beschäftigt werden, von dem Arbeitgeber oder dessen Beauftragten herangezogen werden. Durch Statut kann die Versicherung für Betriebsunternehmer, die haupt-

sächlich in der Land- oder Forstwirthschaft beschäftigt sind, auf die mit der Land- oder Forstwirthschaft im Zusammenhange stehenden hauswirthschaftlichen Verrichtungen erstreckt werden.

§ 3 lautet wörtlich so wie § 4 des Gewerbe-Unfallversicherungs-Gesetzes (siehe S. 804).

§ 4. Durch Statut kann die Versicherungspflicht auf Betriebsunternehmer, deren Jahresarbeitsverdienst dreitausend Mark nicht übersteigt oder welche nicht regelmässig mehr als zwei Lohnarbeiter beschäftigen, sowie auf Betriebsbeamte mit einem dreitausend Mark übersteigenden Jahresarbeitsverdienst erstreckt werden. Bei der Versicherung von Betriebsbeamten ist, vorbehaltlich der Bestimmung des § 12, der volle Jahresarbeitsverdienst zu Grunde zu legen.

Betriebsunternehmer, deren Jahresarbeitsverdienst dreitausend Mark nicht übersteigt oder welche nicht regelmässig mehr als zwei Lohnarbeiter beschäftigen, sind berechtigt, gegen die Folgen von Betriebsunfällen sich selbst zu versichern. Durch Statut kann diese Berechtigung auf Unternehmer mit einem höheren Jahresarbeitsverdienst erstreckt werden.

Durch Statut kann ferner bestimmt werden, dass und unter welchen Bedingungen gegen die Folgen der bei dem Betrieb oder Dienste sich ereignenden Unfälle versichert werden können

a) im Betriebe beschäftigte, aber nach § 1 nicht versicherte Personen durch den Betriebsunternehmer;

b) nicht im Betriebe beschäftigte, aber die Betriebsstätte besuchende Personen durch den Betriebsunternehmer oder den Vorstand der Berufsgenossenschaft;

c) Organe und Beamte der Berufsgenossenschaft durch deren Vorstand.

§§ 5—8 wie §§ 6—9 siehe SS. 804, 805.

§ 9. Bei Berechnung der Rente für Betriebsbeamte und die übrigen im § 1 Absatz 6 bezeichneten Personen ist der Jahresarbeitsverdienst zu Grunde zu legen, welchen der Verletzte in dem Betrieb, in welchem der Unfall sich ereignete, während des letzten Jahres bezogen hat.

Als Jahresarbeitsverdienst gilt, soweit sich derselbe nicht aus mindestens wochenweise fixirten Beträgen zusammensetzt, das Dreihundertfache des durchschnittlichen täglichen Arbeitsverdienstes an Gehalt oder Lohn (§ 5). Für versicherte Personen in Betrieben, in welchen die übliche Betriebsweise eine höhere oder niedrigere Zahl von Arbeitstagen ergiebt, wird diese Zahl statt der Zahl dreihundert der Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes zu Grunde gelegt.

War der Verletzte in dem Betrieb, in welchem der Unfall sich ereignet hat, nicht ein volles Jahr, von dem Unfalle zurückgerechnet, beschäftigt, so ist die Rente nach demjenigen Jahresarbeitsverdienste zu berechnen, welchen während dieses Zeitraums versicherte Personen derselben Art in demselben Betrieb oder in benachbarten gleichartigen Betrieben bezogen haben. Ist dies nicht möglich, so ist der dreihundertfache Betrag desjenigen Arbeitslohns zu Grunde zu legen, welchen der Verletzte während des letzten Jahres vor dem Unfall an denjenigen Tagen, an welchen er beschäftigt war, im Durchschnitte bezogen hat.

§ 10. Bei Berechnung der Rente für Arbeiter, welche nicht unter § 9 fallen, gilt als Jahresarbeitsverdienst derjenige Jahresarbeitsverdienst, welchen land- oder forstwirthschaftliche Arbeiter am Orte der Beschäftigung (§ 28) durch land- oder forstwirthschaftliche sowie durch anderweite Erwerbsthätigkeit durchschnittlich erzielen. Der Betrag dieses durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienstes wird durch die höhere Verwaltungsbehörde nach Anhörung der unteren Verwaltungsbehörde je besonders für männliche und weibliche, für jugendliche und erwachsene Arbeiter festgesetzt.

Vor Abgabe ihres Gutachtens hat die untere Verwaltungsbehörde eine entsprechende Anzahl Sachverständiger aus dem Kreise der Arbeitgeber und Arbeitnehmer zu hören. Die Festsetzung kann je besonders für die landwirthschaftlichen oder die forstwirthschaftlichen Arbeiter erfolgen.

§ 11. Bei Berechnung der Rente für versicherte Betriebsunternehmer sowie für die nach § 4 Absatz 3 versicherten Personen ist der nach § 10 für den Sitz des Betriebs festgestellte durchschnittliche Jahresarbeitsverdienst land- oder forstwirthschaftlicher Arbeiter zu Grunde zu legen, sofern nicht durch das Statut (§ 38) hiervon abweichende Bestimmungen getroffen werden.

§ 12. Uebersteigt der nach §§ 9 bis 11 zu Grunde zu legende Jahresarbeitsverdienst den Betrag von fünfzehnhundert Mark, so ist der überschiessende Betrag nur mit einem Drittel anzurechnen.

Erreicht bei den unter § 1 Absatz 6 fallenden Personen der nach § 9 berechnete Jahresarbeitsverdienst nicht das Dreihundertfache des nach § 8 des Krankenversicherungsgesetzes für den Beschäftigungsort festgesetzten ortsüblichen Tagelohns gewöhnlicher Tagearbeiter, so ist das Dreihundertfache dieses ortsüblichen Tagelohns der Berechnung der Rente zu Grunde zu legen.

Der Festsetzung der Rente für verletzte jugendliche Personen ist auf die Zeit bis zum vollendeten sechzehnten Lebensjahre der für jugendliche Arbeiter festgesetzte durchschnittliche Jahresarbeitsverdienst, auf die spätere Zeit der für erwachsene Arbeiter festgesetzte durchschnittliche Jahresarbeitsverdienst zu Grunde zu legen.

§ 13. Soweit die Rente nach dem von der höheren Verwaltungsbehörde festgesetzten durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienste land- oder forstwirthschaftlicher Arbeiter oder nach dem ortsüblichen Tagelohne gewöhnlicher Tagearbeiter zu berechnen ist, ist bei dieser Berechnung für Personen, welche vor dem Unfalle bereits theilweise erwerbsunfähig waren, derjenige Theil des durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienstes zu Grunde zu legen, welcher dem Maasse der bisherigen Erwerbsfähigkeit entspricht.

§ 14. Absatz 1 wie § 11 Absatz 1 siehe S. 806.

Streitigkeiten, welche aus Anlass dieser Bestimmungen zwischen den Berufsgenossenschaften und den Krankenkassen entstehen, werden, sofern es sich um die Geltendmachung der den Berufsgenossenschaften eingeräumten Befugnisse handelt, von der nach § 58 Absatz 1 des Krankenversicherungsgesetzes zuständigen Aufsichtsbehörde der betheiligten Krankenkasse endgültig, sofern es sich aber um Ersatzansprüche handelt, nach § 58 Absatz 2 des Krankenversicherungsgesetzes entschieden.

Haben Krankenkassen oder Verbände von Krankenkassen Heilanstalten errichtet, in welchen ausreichende Einrichtungen für die Heilung der durch Unfall herbeigeführten Verletzungen getroffen sind, so kann die Landes-Centralbehörde anordnen, dass die betreffenden Kassen bis zum Beginne der vierzehnten Woche nach Eintritt des Unfalls nur mit Genehmigung der Vorstände dieser Kassen in andere Heilanstalten untergebracht werden.

Absätze 3, 4 wie Absätze 3, 4 des § 11 siehe S. 806.

§ 15. Absätze 1, 2 wie Absätze 1, 2 des § 13 siehe S. 807.

Hat die Krankenkasse die aus der Krankenversicherung ihr obliegenden Leistungen vor dem Ablaufe der dreizehnten Woche zu Unrecht eingestellt, so geht der Anspruch des Verletzten auf Krankengeld auf die Berufsgenossenschaft bis zu demjenigen Betrag über, welcher der gemäss Absatz 1, 2 gewährten Entschädigung gleichkommt. Streitigkeiten über diesen Anspruch werden nach § 58 Absatz 2 des Krankenversicherungsgesetzes entschieden.

§ 16. Im Falle der Tödtung ist als Schadensersatz ausserdem zu leisten:

1. als Sterbegeld der fünfzehnte Theil des nach §§ 9 bis 12 der Berechnung der Rente zu Grunde zu legenden Jahresarbeitsverdienstes, jedoch mindestens ein Betrag von fünfzig Mark;

2. eine den Hinterbliebenen vom Todestage des Verstorbenen ab zu gewährende Rente. Dieselbe besteht nach näherer Bestimmung der §§ 17 bis 21 in einem Bruchtheile seines nach §§ 9 bis 12 ermittelten Jahresarbeitsverdienstes.

Ist bei Betriebsbeamten und Personen der im § 1 Absatz 6 bezeichneten Art der der Berechnung zu Grunde zu legende Jahresarbeitsverdienst in Folge eines früher erlittenen, nach den reichsgesetzlichen Bestimmungen über Unfallversicherung entschädigten Unfalls geringer als der vor diesem Unfalle bezogene Lohn, so ist die aus Anlass des früheren Unfalls bei Lebzeiten bezogene Rente dem Jahresarbeitsverdienste bis zur Höhe des der früheren Rentenfeststellung zu Grunde gelegten Jahresarbeitsverdienstes hinzuzurechnen.

§§ 17—22 wie §§ 16—21, siehe SS. 808, 809.

§ 23. An Stelle der im § 8 vorgeschriebenen Leistungen kann von der Berufsgenossenschaft freie Cur und Verpflegung in einer Heilanstalt gewährt werden, und zwar:

1. für Verletzte, welche verheirathet sind oder eine eigene Haushaltung haben oder Mitglieder der Haushaltung ihrer Familie sind, mit ihrer Zustimmung. Der Zustimmung bedarf es nicht, wenn die Art der Verletzung Anforderungen an die Behandlung oder Verpflegung stellt, denen in der Familie nicht genügt werden kann, oder wenn der für den Aufenthaltsort des Verletzten amtlich bestellte Arzt bezeugt, dass Zustand oder Verhalten des Verletzten eine fortgesetzte Beobachtung erfordert;

2. für sonstige Verletzte in allen Fällen.

Für die Zeit der Verpflegung des Verletzten in der Heilanstalt steht seinen Angehörigen ein Anspruch auf Rente insoweit zu, als sie dieselbe im Falle seines Todes würden beanspruchen können (§§ 16 ff.).

Die Berufsgenossenschaften sind befugt. auf Grund statutarischer Bestimmung allgemein, ohne eine solche im Falle der Bedürftigkeit, dem in einer Heilanstalt untergebrachten Verletzten sowie seinen Angehörigen eine besondere Unterstützung zu gewähren.

§ 24. Ist begründete Annahme vorhanden, dass der Empfänger einer Unfallrente bei Durchführung eines Heilverfahrens eine Erhöhung seiner Erwerbsfähigkeit erlangen werde, so kann die Berufsgenossenschaft zu diesem Zwecke jederzeit ein neues Heilverfahren eintreten lassen. Dabei finden die Bestimmungen der §§ 14, 23 Anwendung.

Hat sich der Verletzte solchen Maassnahmen der Berufsgenossenschaft, den gemäss § 8 Absatz 1 Ziffer 1, §§ 14, 23 oder gemäss den Bestimmungen der §§ 76c, 76d des Krankenversicherungsgesetzes getroffenen Anordnungen ohne gesetzlichen oder sonst triftigen Grund entzogen, so kann ihm der Schadensersatz auf Zeit ganz oder theilweise versagt werden, sofern er auf diese Folge hingewiesen worden ist und nachgewiesen wird, dass durch sein Verhalten die Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflusst wird.

§ 24 wie § 23, siehe S. 809.

§ 26. Durch statutarische Bestimmungen einer Gemeinde für ihren Bezirk oder eines weiteren Communalverbandes für seinen Bezirk oder Theile desselben kann, sofern daselbst nach Herkommen der Lohn der in land- oder forstwirthschaftlichen Betrieben beschäftigten Arbeiter ganz oder zum Theil in Form von Naturalleistungen gewährt wird, bestimmt werden, dass denjenigen in diesem Bezirke wohnenden Rentenempfängern, welche innerhalb desselben als Arbeiter in land- und forstwirthschaft-

lichen Betrieben ihren Gehalt oder Lohn ganz oder zum Theil in Form von Naturalleistungen bezogen haben, sowie den Angehörigen oder Hinterbliebenen solcher Personen auch die Rente bis zu zwei Dritteln ihres Betrags in dieser Form gewährt werde, falls der Bezugsberechtigte dieser Art der Gewährung der Rente zustimmt. Der Werth der Naturalleistungen wird nach Durchschnittspreisen in Ansatz gebracht. Dieselben werden von der höheren Verwaltungsbehörde festgesetzt. Die statutarische Bestimmung bedarf der Genehmigung der höheren Verwaltungsbehörde.

Solchen Personen, welchen wegen gewohnheitsmässiger Trunksucht nach Anordnung der zuständigen Behörde geistige Getränke in öffentlichen Schankstätten nicht verabfolgt werden dürfen, ist die Rente in derjenigen Gemeinde, für deren Bezirk eine solche Anordnung getroffen worden ist, auch ohne dass die Voraussetzungen des Absatz 1 vorliegen, theilweise oder ihrem vollen Betrage nach in Naturalleistungen zu gewähren. Diese Bestimmung findet keine Anwendung auf Personen, welche wegen Trunksucht entmündigt sind.

Der Anspruch auf die Rente geht zu demjenigen Betrag, in welchem Naturalleistungen gewährt werden, auf den Kommunalverband, für dessen Bezirk eine solche Bestimmung getroffen ist, über, wogegen diesem die Leistung der Naturalien obliegt. Der für die Naturalleistungen im Falle des Absatz 2 nicht in Anspruch genommene Betrag der Rente ist der Ehefrau des Bezugsberechtigten, seinen Kindern oder seinen Eltern zu überweisen.

Dem Bezugsberechtigten, auf welchen vorstehende Bestimmungen Anwendung finden sollen, ist dies von dem Kommunalverbande mitzutheilen.

Der Bezugsberechtigte ist befugt, binnen zwei Wochen nach der Zustellung dieser Mittheilung die Entscheidung der Kommunalaufsichtsbehörde anzurufen. Auf demselben Wege werden alle übrigen Streitigkeiten entschieden, welche aus der Anwendung dieser Bestimmungen zwischen dem Bezugsberechtigten und dem Kommunalverband entstehen.

Sobald der Uebergang des Anspruchs auf Rente endgültig feststeht, hat auf Antrag des Kommunalverbandes der Vorstand der Berufsgenossenschaft die Postverwaltung hiervon rechtzeitig in Kenntniss zu setzen.

§ 27. Während der ersten dreizehn Wochen nach dem Unfall eines Arbeiters hat die Gemeinde, in deren Bezirke der Verletzte beschäftigt war, demselben die Kosten des Heilverfahrens in dem im § 6 Absatz 1 Ziffer 1 des Krankenversicherungsgesetzes bezeichneten Umfange zu gewähren. Diese Verpflichtung besteht nicht, insoweit die Verletzten auf Grund gesetzlicher Bestimmung Anspruch auf eine gleiche Fürsorge haben oder nach § 136 des Gesetzes vom 5. Mai 1886 von der Versicherungspflicht befreit sind oder sich im Auslande aufhalten. Soweit aber solchen Personen die im § 6 Absatz 1 Ziffer 1 des Krankenversicherungsgesetzes bezeichneten Leistungen von den zunächst Verpflichteten nicht gewährt werden, hat die Gemeinde dieselben mit Vorbehalt des Ersatzanspruchs zu übernehmen. Die zu diesem Zwecke gemachten Aufwendungen sind von den Verpflichteten zu ersetzen.

Für ausserhalb des Gemeindebezirkes (Absatz 1) wohnhafte Arbeiter hat die Gemeinde ihres Wohnorts die im Absatz 1 bezeichneten Leistungen unter Vorbehalt des Anspruchs auf Ersatz der aufgewendeten Kosten zu übernehmen.

Die Berufsgenossenschaft ist befugt, die im Absatz 1 bezeichneten Leistungen selbst zu übernehmen.

§ 28. Als Beschäftigungsort im Sinne dieses Gesetzes gilt für Personen, welche in der Land- oder Forstwirthschaft zur Beschäftigung an wechselnden, in verschiedenen Gemeindebezirken belegenen Orten angenommen sind, der Sitz des Betriebs (§ 65).

Der § 65 Absatz 3 findet keine Anwendung auf die Bestimmung derjenigen Gemeinde, welche nach § 27 die Kosten des Heilverfahrens zu gewähren hat.

§ 29. Streitigkeiten über Unterstützungsansprüche, welche aus der Bestimmung des § 27 zwischen den Verletzten einerseits und den Gemeinden andererseits entstehen, werden von der Aufsichtsbehörde entschieden. Die Entscheidung ist vorläufig vollstreckbar. Dieselbe kann innerhalb eines Monats nach der Zustellung der Entscheidung im Verwaltungsstreitverfahren, wo ein solches nicht besteht, im Wege des Recurses nach Maassgabe der Vorschriften der §§ 20, 21 der Gewerbeordnung angefochten werden.

Streitigkeiten über Ersatzansprüche, welche aus den Bestimmungen des § 27 entstehen, werden im Verwaltungsstreitverfahren, wo ein solches nicht besteht, von der Aufsichtsbehörde der in Anspruch genommenen Gemeinde, Gemeindekrankenversicherung oder Krankenkasse entschieden. Gegen die Entscheidung der letzteren findet der Recurs nach Maassgabe der Vorschriften der §§ 20, 21 der Gewerbeordnung statt.

Der Landes-Centralbehörde bleibt überlassen, vorzuschreiben, dass anstatt des Recursverfahrens innerhalb der Recursfrist die Berufung auf den Rechtsweg mittelst Erhebung der Klage stattfinde.

§ 30 wie § 25 siehe S. 810.

§ 31. Der Antrag auf Ueberweisung von Rentenbeträgen (§ 30 Absatz 2 bis 5) ist bei der Berufsgenossenschaft anzumelden; soweit es sich um den Ersatz für eine vorübergehende Unterstützung handelt, ist der Anspruch bei Vermeidung der Ausschlusses spätestens binnen drei Monaten seit Beendigung der Unterstützung geltend zu machen.

Streitigkeiten, welche aus den Bestimmungen des § 30 Absatz 2 bis 5 zwischen den Betheiligten über den Anspruch auf Ueberweisung von Rentenbeträgen entstehen, werden im Verwaltungsstreitverfahren und, wo ein solches nicht besteht, durch die dem Ersatzberechtigten vorgesetzte Aufsichtsbehörde entschieden. Die Entscheidung der letzteren kann innerhalb eines Monats nach der Zustellung im Wege des Recurses nach Maassgabe der §§ 20, 21 der Gewerbeordnung angefochten werden.

§ 32. Die Bestimmungen der §§ 30, 31 gelten auch für Betriebsunternehmer und Kassen, welche die den Gemeinden oder Armenverbänden obliegende Verpflichtung zur Unterstützung Hülfsbedürftiger auf Grund gesetzlicher Vorschrift erfüllen.

Die §§ 33—69 handeln von der Organisation der Berufsgenossenschaften.

§§ 70—140 wie §§ 63—133 mit entsprechender Abänderung der in dem Texte angezogenen Paragraphenziffern, siehe SS. 811—821.

Die §§ 141—145 handeln von der landesgesetzlichen Regelung.

### IX. Schluss- und Strafbestimmungen.

Haftpflicht der Betriebsunternehmer und Betriebsbeamten. Haftung Dritter. Verbot vertragsmässiger Beschränkungen. Unbehinderte Ausübung der Functionen. Rechtshülfe. Gebühren- und Stempelfreiheit. Strafbestimmungen. Zuständige Behörden. Strafvollstreckung. Zustellungen. Uebergangsbestimmungen. §§ 146—167.

## d) Bau-Unfallversicherungsgesetz.

### I. Allgemeine Bestimmungen.

#### Umfang der Versicherung.

§ 1. Arbeiter, welche bei der Ausführung von Bauarbeiten beschäftigt und nicht auf Grund des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes oder des Unfallversicherungs-

gesetzes für Land- und Forstwirthschaft gegen Unfall versichert sind, werden gegen die Folgen der bei den Bauarbeiten sich ereignenden Unfälle nach Maassgabe der Bestimmungen dieses Gesetzes versichert.

Dasselbe gilt von den Betriebsbeamten und den ihnen im Sinne dieses Gesetzes gleichgestellten Werkmeistern und Technikern, sofern ihr Jahresarbeitsverdienst an Lohn oder Gehalt dreitausend Mark nicht übersteigt.

Auf die im § 1 des Gesetzes, betreffend die Fürsorge für Beamte und Personen des Soldatenstandes in Folge von Betriebsunfällen, vom 15. März 1886 (Reichs-Gesetzbl. S. 53) bezeichneten Personen, auf Beamte, welche in Betriebsverwaltungen eines Bundesstaats oder eines Communalverbandes mit festem Gehalt und Pensionsberechtigung angestellt sind, sowie auf andere Beamte eines Bundesstaats oder eines Communalverbandes, für welche die im § 12 a. a. O. vorgesehene Fürsorge in Kraft getreten ist, findet dieses Gesetz keine Anwendung. Die Ausführung von Bauarbeiten gilt als Betrieb im Sinne des Gesetzes vom 15. März 1886.

§§ 2—3 wie §§ 3—4 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes siehe S. 804.

§ 4. Durch Statut kann die Versicherungspflicht auf Gewerbetreibende, deren Jahresarbeitsverdienst dreitausend Mark nicht übersteigt oder welche nicht regelmässig mehr als zwei Lohnarbeiter beschäftigen, sowie auf Betriebsbeamte mit einem dreitausend Mark übersteigenden Jahresarbeitsverdienst erstreckt werden.

Bei der Versicherung von Betriebsbeamten ist der volle Jahresarbeitsverdienst zu Grunde zu legen.

Unternehmer von Bauarbeiten, deren Jahresarbeitsverdienst dreitausend Mark nicht übersteigt oder welche nicht regelmässig mehr als zwei Lohnarbeiter beschäftigen, sind berechtigt, gegen die Folgen von Betriebsunfällen sich selbst zu versichern. Durch Statut kann diese Berechtigung auf Unternehmer mit einem höheren Jahresarbeitsverdienst erstreckt werden.

Durch Statut kann ferner bestimmt werden, dass und unter welchen Bedingungen gegen die Folgen der bei dem Betrieb oder Dienste sich ereignenden Unfälle versichert werden können

a) im Betriebe beschäftigte, aber nach § 1 nicht versicherte Personen durch den Betriebsunternehmer;

b) nicht im Betriebe beschäftigte, aber die Betriebsstätte besuchende oder auf derselben verkehrende Personen durch den Betriebsunternehmer oder den Vorstand der Berufsgenossenschaft;

c) Organe und Beamte der Berufsgenossenschaft durch deren Vorstand.

### Unternehmer.

§ 5. Als Unternehmer im Sinne dieses Gesetzes gilt

1. bei Bauarbeiten, welche in einem gewerbsmässigen Baubetriebe ausgeführt werden, der Baugewerbetreibende, für dessen Rechnung dieser Betrieb erfolgt;

2. bei anderen Bauarbeiten derjenige, für dessen Rechnung sie ausgeführt werden.

### Träger der Versicherung.

§ 6. Die Versicherung erfolgt:

1. bei der gewerbsmässigen Ausführung von Eisenbahn-, Canal-, Wege-, Strom-, Deich- und anderen Bauarbeiten, welche nicht unter die Bestimmungen des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes oder unter die nach § 1 Absatz 1 Ziffer 2 a. a. O. vom Bundesrath erlassenen Anordnungen fallen, unbeschadet der Bestimmungen in den Ziffern 2 und 3, auf Gegenseitigkeit durch die Unternehmer. Die letzteren werden zu diesem Zwecke in eine Berufsgenossenschaft vereinigt (§§ 12 bis 17);

2. bei Bauarbeiten, welche von dem Reiche oder von einem Bundesstaat als Unternehmer (§ 5) ausgeführt werden und nicht zu den Bauten der im § 128 Absatz 1 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes aufgeführten Reichs- und Staatsverwaltungen gehören, vorbehaltlich der Bestimmung des § 8 Absatz 1, auf Kosten des Reichs oder des Staates durch das Reich beziehungsweise den Staat, für dessen Rechnung die Bauarbeit erfolgt, durch Ausführungsbehörden (§§ 42, 43);

3. bei Bauarbeiten, welche in anderen als Eisenbahnbetrieben von einem Communalverband oder einer anderen öffentlichen Corporation als Unternehmer (§ 5) ausgeführt werden, vorbehaltlich der Bestimmung des § 8 Absatz 2, auf Kosten dieses Communalverbandes oder dieser Corporation, sofern die Landes-Centralbehörde auf deren Antrag erklärt, dass der Verband oder die Corporation zur Uebernahme der durch die Versicherung entstehenden Lasten für leistungsfähig zu erachten ist, durch Ausführungsbehörden (§§ 42, 43).

Die Landes-Centralbehörden sind berechtigt, mehrere Communalverbände oder andere öffentliche Corporationen zum Zwecke der gemeinsamen Durchführung der Unfallversicherung bei den von ihnen als Unternehmern ausgeführten Bauarbeiten zu einem Verbande zu vereinigen.

Das Ausscheiden solcher Corporationen aus Berufsgenossenschaften darf nur am Schlusse des Rechnungsjahrs erfolgen;

4. bei Bauarbeiten, deren Ausführung entweder von anderen als den in Ziffer 2 und 3 bezeichneten Verbänden und Corporationen oder deren Ausführung nicht gewerbsmässig erfolgt, auf Kosten der Unternehmer (§ 5) beziehungsweise Gemeindeverbände durch die Berufsgenossenschaften der Baugewerbetreibenden (§§ 1, 6 Ziffer 1, §§ 12 ff. dieses Gesetzes, §§ 1, 28 ff. des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes) nach näherer Bestimmung der §§ 18 ff. (Unfallversicherungsanstalten).

Bezüglich der Bauten, welche von Eisenbahnverwaltungen für eigene Rechnung ausgeführt werden, sowie bezüglich solcher Bauarbeiten, welche als Nebenbetriebe oder Theile eines andern Betriebs anderweit versicherungspflichtig sind, behält es bei den sonstigen Bestimmungen sein Bewenden.

§ 7. Unfälle in fremden Betrieben hat die Berufsgenossenschaft (§ 6 Absatz 1 Ziffer 1) dann zu entschädigen, wenn sie sich bei Betriebshandlungen ereignen, zu welchen ein der Genossenschaft angehörender Unternehmer den Auftrag gegeben und für welche er die Löhne zu zahlen hat.

§ 8. Das Reich und die Bundesstaaten sind berechtigt, bezüglich aller oder einzelner Arten der unter § 6 Ziffer 2 fallenden, von ihnen als Unternehmer ausgeführten Bauarbeiten derjenigen Berufsgenossenschaft, welche in dem betreffenden Bezirke für die Gewerbetreibenden der betreffenden Art errichtet ist, durch eine von dem Reichskanzler beziehungsweise der Landes-Centralbehörde abzugebende entsprechende Erklärung als Mitglied beizutreten.

Dieselbe Berechtigung (Absatz 1) steht den Communalverbänden und anderen öffentlichen Corporationen zu. Die Erklärung ist von ihrem Vorstand abzugeben.

Jahresarbeitsverdienst, Gegenstand der Versicherung, Umfang der Entschädigung, Verhältniss zu Krankenkassen etc.

§ 9. Die Ermittelung des Jahresarbeitsverdienstes, der Gegenstand der Versicherung, der Umfang der Entschädigung und das Verhältniss der Unfallversicherung zu den eingeschriebenen Hülfskassen, zu den sonstigen Kranken-, Sterbe-, Invaliden- und anderen Unterstützungskassen, zu den Leistungen der zur Unterstützung hülfsbedürftiger Personen verpflichteten Gemeinden oder Armenverbände sowie der Unternehmer und Kassen, welche die den Gemeinden und Armenverbänden obliegende

Verpflichtung zur Unterstützung auf Grund gesetzlicher Vorschrift erfüllt haben, bestimmt sich, vorbehaltlich der Vorschriften der §§ 10, 11 dieses Gesetzes, nach den §§ 6, 8 bis 27 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes.

§ 10. Bei Unfällen eines Arbeiters, welche sich bei Bauarbeiten der im § 6 Ziffer 4 Absatz 1 bezeichneten Art ereignen, finden die Bestimmungen der §§ 12 bis 14 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes keine Anwendung.

Bei solchen Unfällen hat die Gemeinde, in deren Bezirke der verletzte Arbeiter beschäftigt war, demselben während der ersten dreizehn Wochen nach dem Unfalle die im § 6 Absatz 1 Ziffer 1 des Krankenversicherungsgesetzes bezeichneten Leistungen zu gewähren, sofern nicht der verletzte Arbeiter sich im Ausland aufhält oder auf Grund der Krankenversicherung oder anderer Rechtsverhältnisse Anspruch auf eine mindestens gleiche Fürsorge hat. Soweit solchen Personen diese Leistungen von den zunächst Verpflichteten nicht gewährt werden, hat die Gemeinde dieselben zu übernehmen. Die zu diesem Zwecke gemachten Aufwendungen sind von den Verpflichteten zu ersetzen.

Für ausserhalb des Gemeindebezirkes wohnhafte versicherte Personen hat auf Verlangen der verpflichteten Gemeinde die Gemeinde ihres Wohnorts die im Absatz 2 bezeichneten Leistungen, vorbehaltlich des Kostenersatzes, zu übernehmen.

Als Ersatz der Kosten gilt die Hälfte des nach dem Krankenversicherungsgesetze zu gewährenden Mindestbetrags des Krankengeldes, sofern nicht höhere Aufwendungen nachgewiesen werden.

Der weitere Communalverband ist befugt, statutarische Anordnungen zu erlassen, nach welchen den Gemeinden die ihnen durch Absatz 2 auferlegten Kosten des Heilverfahrens aus Mitteln des weiteren Kommunalverbandes zu ersetzen sind.

Die Versicherungsanstalt (§ 18) ist befugt, die im Absatz 2 bezeichneten Leistungen selbst zu übernehmen.

§ 11. Streitigkeit über Unterstützungsansprüche, welche aus der Bestimmung des § 10 zwischen den Verletzten einerseits und den Gemeinden andererseits entstehen, werden von der Aufsichtsbehörde entschieden. Die Entscheidung ist vorläufig vollstreckbar. Dieselbe kann innerhalb eines Monats im Verwaltungsstreitverfahren, wo ein solches nicht besteht, im Wege des Recurses nach Maassgabe der Vorschriften der §§ 20, 21 der Gewerbeordnung angefochten werden.

Streitigkeiten über Ersatzansprüche, welche aus den Bestimmungen des § 10 entstehen, werden im Verwaltungsstreitverfahren, wo ein solches nicht besteht, von der Aufsichtsbehörde der in Anspruch genommenen Gemeinde, Gemeinde-Krankenversicherung oder Krankenkasse entschieden. Gegen die Entscheidung der letzteren findet der Recurs nach Maassgabe der Vorschriften der § 20, 21 der Gewerbeordnung statt.

Der Landes-Centralbehörde bleibt überlassen, vorzuschreiben, dass anstatt des Recursverfahrens die Berufung auf den Rechtsweg mittelst Erhebung der Klage stattfindet.

§§ 12—17 handeln von der Berufsgenossenschaft: Umfang, Aufbringung der Mittel, Organisation und Mitgliedschaft.

§§ 18—37 handeln von den Unfallversicherungsanstalten in dem Bereiche der Berufsgenossenschaften, von der Versicherung auf Kosten der Unternehmer, dem dazu gehörigen Prämientarif und der Entrichtung der Prämie, sowie von der Versicherung auf Kosten von Gemeinden.

## IV. Feststellung und Auszahlung der Entschädigungen.

### Untersuchung. Entschädigung.

§ 37. Auf die Anzeige und Untersuchung der Unfälle, auf die Feststellung, Auszahlung und Pfändung der Entschädigungen sowie auf die Liquidationen der Postverwaltungen finden die Bestimmungen der §§ 63 bis 98 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes entsprechende Anwendung.

Die Verpflichtung zur Einreichung von Lohn- und Gehaltsnachweisungen (§ 74 a. a. O.) erstreckt sich auch auf Unternehmer, welche nicht Mitglieder der Berufsgenossenschaft sind.

### Erstattung der Vorschüsse.

§ 38. Der Genossenschaftsvorstand stellt fest, welcher Theil der von den Central-Postbehörden liquidirten Beträge der Berufsgenossenschaft, und welcher Theil der Versicherungsanstalt zur Last fällt.

Der erstere Theil ist aus den verfügbaren Mitteln der Berufsgenossenschaft zu entnehmen. Gleichzeitig ist nach den Bestimmungen des § 13 der Capitalwerth der im vergangenen Rechnungsjahre neu entstandenen, der Berufsgenossenschaft erwachsenen Lasten zu berechnen und unter Berücksichtigung der auf Grund der §§ 50, 51 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes etwa vorliegenden besonderen Verpflichtungen oder Berechtigungen nach dem festgestellten Vertheilungsmaassstab und unter Verrechnung der erhobenen Vorschüsse (§ 13) von den Mitgliedern einzuziehen. Im Uebrigen finden die Bestimmungen des § 99 Absatz 2 bis 4 sowie der §§ 100 bis 102 a. a. O. Anwendung.

Der der Versicherungsanstalt zur Last fallende Theil ist, soweit er durch Unfälle verursacht ist, die sich bei Bauarbeiten der im § 23 lit. a bezeichneten Art ereignet haben, aus den verfügbaren Beständen an Prämien zu entnehmen. Soweit der Betrag aber durch Unfälle verursacht ist, die sich bei Bauarbeiten der im § 23 lit. b bezeichneten Art ereignet haben, ist derselbe nach dem im § 32 festgesetzten Maassstab auf die im Bezirke der Berufsgenossenschaft belegenen Gemeinden, weiteren Communalverbände oder Vereinigungen von Gemeinden, welche an die Stelle der Gemeinden gesetzt sind, umzulegen und von ihnen einzuziehen. Denselben ist zu diesem Zweck ein Auszug aus der aufzustellenden Heberolle mit der Aufforderung zuzustellen, den festgesetzten Betrag bei Vermeidung der zwangsweisen Beitreibung binnen zwei Wochen einzuzahlen. Der Auszug muss diejenigen Angaben enthalten, welche die Gemeinden etc. in den Stand setzen, die Richtigkeit der angestellten Beitragsberechnung zu prüfen. Den Gemeinden etc. stehen gegen die Feststellung ihrer Beiträge, unbeschadet der Verpflichtung zur sofortigen Zahlung, die im § 102 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes angegebenen Rechtsmittel zu; die Beschwerde ist jedoch nur zulässig, wenn sich dieselbe entweder auf Rechenfehler oder auf Irrthümer bei Ansatz der Bevölkerungsziffer gründet.

§ 39. Die Bestimmungen der §§ 103 bis 106 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes über die Einziehung, Verjährung und Abführung der Beiträge sowie der §§ 107 bis 111 a. a. O. über die Vermögensverwaltung finden, und zwar auch auf Prämienbeträge, entsprechende Anwendung.

## V. Unfallverhütung. Beaufsichtigung.

§ 40 handelt von der Unfallverhütung und Ueberwachung durch die Genossenschaft.

§ 41 handelt von dem Reichs-Versicherungsamt und den Landes-Versicherungsämtern.

§§ 42—43 handeln von den Bauarbeiten für Rechnung des Reichs, der Bundesstaaten, von Communalverbänden und Corporationen.

§ 44 handelt von der Erstreckung auf andere Gesetze über Unfallversicherung.

§ 45—48 handeln von der Haftpflicht etc., den Strafbestimmungen und Zustellungen.

Die höchstgerichtlichen Entscheidungen auf dem Gebiete der staatlichen Unfallversicherung können mit Rücksicht auf den beschränkten Raum nicht berücksichtigt werden.

## 3. Invalidenversicherung.

### a) Reichsgesetz vom 22. Juni 1889 in der Fassung vom 19. Juli 1899:

### Invalidenversicherungsgesetz.

(Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Zahlen der Paragraphen in der alten Fassung des Gesetzes.)

#### Umfang und Gegenstand der Versicherung.

Versicherungspflicht.

§ 1 (1). Nach Maassgabe der Bestimmungen dieses Gesetzes werden vom vollendeten sechzehnten Lebensjahr ab versichert:

1. Personen, welche als Arbeiter, Gehülfen, Gesellen, Lehrlinge oder Dienstboten gegen Lohn oder Gehalt beschäftigt werden.

2. Betriebsbeamte, Werkmeister und Techniker, Handlungsgehülfen und -Lehrlinge (ausschliesslich der in Apotheken beschäftigten Gehülfen und Lehrlinge), sonstige Angestellte, deren dienstliche Beschäftigung ihren Hauptberuf bildet, sowie Lehrer und Erzieher, sämmtlich, sofern sie Lohn oder Gehalt beziehen, ihr regelmässiger Jahresarbeitsverdienst aber zweitausend Mark nicht übersteigt (4), sowie

3. die gegen Lohn oder Gehalt beschäftigten Personen der Schiffsbesatzung deutscher Seefahrzeuge (§ 2 des Gesetzes vom 13. Juli 1887, Reichs-Gesetzbl., S. 329) und von Fahrzeugen der Binnenschifffahrt, Schiffsführer jedoch nur dann, wenn ihr regelmässiger Jahresarbeitsverdienst an Lohn oder Gehalt zweitausend Mark nicht übersteigt. Die Führung der Reichsflagge auf Grund der gemäss Artikel II § 7 Absatz 1 des Gesetzes vom 15. März 1888 (Reichs-Gesetzbl., S. 71) ertheilten Ermächtigung macht das Schiff nicht zu einem deutschen Seefahrzeug im Sinne dieses Gesetzes.

§ 2 (2). Durch Beschluss des Bundesraths kann die Vorschrift des § 1 für bestimmte Berufszweige allgemein oder mit Beschränkung auf gewisse Bezirke auch

1. auf Gewerbetreibende und sonstige Betriebsunternehmer, welche nicht regelmässig wenigstens einen Lohnarbeiter beschäftigen, sowie

2. ohne Rücksicht auf die Zahl der von ihnen beschäftigten Lohnarbeiter auf solche selbständige Gewerbetreibende, welche in eigenen Betriebsstätten im Auftrag und für Rechnung anderer Gewerbetreibenden mit der Herstellung oder Bearbeitung gewerblicher Erzeugnisse beschäftigt werden (Hausgewerbetreibende),

erstreckt werden, und zwar auf letztere auch dann, wenn sie die Roh- und Hülfsstoffe selbst beschaffen, und auch für die Zeit, während welcher sie vorübergehend für eigene Rechnung arbeiten.

Durch Beschluss des Bundesraths kann bestimmt werden:

1. dass und inwieweit Gewerbetreibende, in deren Auftrag und für deren Rechnung von Hausgewerbetreibenden (Absatz 1 Ziffer 2) gearbeitet wird, gehalten sein

sollen, rücksichtlich der Hausgewerbetreibenden und ihrer Gehülfen, Gesellen und Lehrlinge die in diesem Gesetze den Arbeitgebern auferlegten Verpflichtungen zu erfüllen,

2. dass und inwieweit Gewerbetreibende, in deren Auftrage Zwischenpersonen (Ausgeber, Factoren, Zwischenmeister etc.) gewerbliche Erzeugnisse herstellen oder bearbeiten lassen, gehalten sein sollen, rücksichtlich der von den Zwischenpersonen hierbei beschäftigten Hausgewerbetreibenden (Absatz 1 Ziffer 2) und deren Gehülfen, Gesellen und Lehrlinge die in diesem Gesetze den Arbeitgebern auferlegten Verpflichtungen zu erfüllen.

§ 3 (3, Absatz 1 und 2). Als Lohn oder Gehalt gelten auch Tantiemen und Naturalbezüge. Für dieselben wird der Durchschnittswerth in Ansatz gebracht; dieser Werth wird von der unteren Verwaltungsbehörde festgesetzt.

Eine Beschäftigung, für welche als Entgeld nur freier Unterhalt gewährt wird, gilt im Sinne dieses Gesetzes nicht als eine die Versicherungspflicht begründende Beschäftigung.

§ 4 (3, Absatz 3). Durch Beschluss des Bundesraths wird bestimmt, inwieweit vorübergehende Dienstleistungen als versicherungspflichtige Beschäftigung im Sinne dieses Gesetzes nicht anzusehen sind.

Der Bundesrath ist befugt, zu bestimmen, dass Ausländer, welchen der Aufenthalt im Inlande nur für eine bestimmte Dauer behördlich gestattet ist und die nach Ablauf dieser Zeit in das Ausland zurückkehren müssen, der Versicherungspflicht nicht unterliegen. Sofern eine solche Bestimmung getroffen wird, haben Arbeitgeber, welche solche Ausländer beschäftigen, nach näherer Bestimmung des Reichs-Versicherungsamts denjenigen Betrag an die Versicherungsanstalt zu zahlen, den sie für die Versicherung der Ausländer aus eigenen Mitteln würden entrichten müssen (§ 27 Absatz 3), wenn deren Versicherungspflicht bestände.

§ 5 (4, Absatz 1 und 2). Beamte des Reichs, der Bundesstaaten und der Communalverbände sowie Lehrer und Erzieher an öffentlichen Schulen oder Anstalten unterliegen der Versicherungspflicht nicht, solange sie lediglich zur Ausbildung für ihren zukünftigen Beruf beschäftigt werden oder sofern ihnen eine Anwartschaft auf Pension im Mindestbetrage der Invalidenrente nach den Sätzen der ersten Lohnklasse gewährleistet ist.

Beamte der Versicherungsanstalten und zugelassenen besonderen Kasseneinrichtungen unterliegen der Versicherungspflicht nicht, sofern ihnen eine Anwartschaft auf Pension in der im Absatz 1 bezeichneten Höhe gewährleistet ist.

Der Versicherungspflicht unterliegen ferner nicht Personen, welche Unterricht gegen Entgeld ertheilen, sofern dies während ihrer wissenschaftlichen Ausbildung für ihren zukünftigen Lebensberuf geschieht, Personen des Soldatenstandes, welche dienstlich als Arbeiter beschäftigt werden, sowie Personen, welchen auf Grund der reichsgesetzlichen Bestimmungen eine Invalidenrente bewilligt ist.

Der Versicherungspflicht unterliegen endlich nicht diejenigen Personen, deren Erwerbsfähigkeit in Folge von Alter, Krankheit oder anderen Gebrechen dauernd auf weniger als ein Drittel herabgesetzt ist. Dies ist dann anzunehmen, wenn sie nicht mehr im Stande sind, durch eine ihren Kräften und Fähigkeiten entsprechende Thätigkeit, die ihnen unter billiger Berücksichtigung ihrer Ausbildung und ihres bisherigen Berufs zugemuthet werden kann, ein Drittel desjenigen zu erwerben, was körperlich und geistig gesunde Personen derselben Art mit ähnlicher Ausbildung in derselben Gegend durch Arbeit zu verdienen pflegen.

§ 6 (4, Absatz 3). Auf ihren Antrag sind von der Versicherungspflicht zu befreien Personen, welchen vom Reiche, von einem Bundesstaat, einem Communalver-

band, einer Versicherungsanstalt oder zugelassenen besonderen Kasseneinrichtung, oder welchen auf Grund früherer Beschäftigung als Lehrer oder Erzieher an öffentlichen Schulen oder Anstalten Pensionen, Wartegelder oder ähnliche Bezüge im Mindestbetrage der Invalidenrente nach den Sätzen der ersten Lohnklasse bewilligt sind, oder welchen auf Grund der reichsgesetzlichen Bestimmungen über Unfallversicherung der Bezug einer jährlichen Rente von mindestens demselben Betrage zusteht. Dasselbe gilt von solchen Personen, welche das siebenzigste Lebensjahr vollendet haben. Ueber den Antrag entscheidet die untere Verwaltungsbehörde des Beschäftigungsortes. Gegen den Bescheid derselben ist die Beschwerde an die zunächst vorgesetzte Behörde zulässig, welche endgültig entscheidet. Bei Zurücknahme des Antrags tritt die Versicherungspflicht wieder in Kraft.

In der gleichen Weise sind auf ihren Antrag von der Versicherungspflicht zu befreien Personen, welche Lohnarbeit im Laufe eines Kalenderjahres nur in bestimmten Jahreszeiten für nicht mehr als zwölf Wochen oder überhaupt für nicht mehr als fünfzig Tage übernehmen, im Uebrigen aber ihren Lebensunterhalt als Betriebsunternehmer oder anderweit selbstständig erwerben, oder ohne Lohn oder Gehalt thätig sind, solange für dieselben nicht bereits einhundert Wochen lang Beträge entrichtet worden sind. Der Bundesrath ist befugt, hierüber nähere Bestimmungen zu erlassen.

§ 7 (7). Durch Beschluss des Bundesraths kann auf Antrag bestimmt werden, dass und inwieweit die Bestimmungen des § 5 Absatz 1—3 und des § 6 Absatz 1 auf Beamte, welche von anderen öffentlichen Verbänden oder von Körperschaften angestellt sind, sowie auf Lehrer und Erzieher an nicht öffentlichen Schulen oder Anstalten, sofern diesen Personen eine Anwartschaft auf Pension im Mindestbetrage der Invalidenrente nach den Sätzen der ersten Lohnklasse gewährleistet ist, und auf Personen Anwendung finden sollen, welchen auf Grund früherer Anstellung bei solchen Verbänden oder Körperschaften, Schulen oder Anstalten Pensionen, Wartegelder oder ähnliche Bezüge in dem genannten Mindestbetrage der Invalidenrente bewilligt sind.

### Besondere Kasseneinrichtungen.

§ 8 (5). Versicherungspflichtige Personen, welche in Betrieben des Reichs-, eines Bundesstaats oder eines Communalverbandes beschäftigt werden, genügen der gesetzlichen Versicherungspflicht durch Betheiligung an einer für den betreffenden Betrieb bestehenden oder zu errichtenden besonderen Kasseneinrichtung, durch welche ihnen eine den reichsgesetzlich vorgesehenen Leistungen gleichwerthige Fürsorge gesichert ist, sofern bei der betreffenden Kasseneinrichtung folgende Voraussetzungen zutreffen:

1. Die Beiträge der Versicherten dürfen, soweit sie für die Invalidenversicherung in Höhe des reichsgesetzlichen Anspruchs entrichtet werden, die Hälfte des für den letzteren nach § 32 zu erhebenden Beitrags nicht übersteigen. Diese Bestimmung findet keine Anwendung, sofern in der betreffenden Kasseneinrichtung die Beiträge nach einem von der Berechnungsweise der §§ 32, 33 abweichenden Verfahren aufgebracht und infolge dessen höhere Beiträge erforderlich werden, um die der Kasseneinrichtung aus Invaliden- und Altersrenten in Höhe des reichsgesetzlichen Anspruchs obliegenden Leistungen zu decken. Sofern hiernach höhere Beiträge zu erheben sind, dürfen die Beiträge der Versicherten diejenigen der Arbeitgeber nicht übersteigen.

2. Bei der Verwaltung der Kassen müssen die Versicherten mindestens nach Maassgabe des Verhältnisses ihrer Beiträge zu den Beiträgen der Arbeitgeber durch in geheimer Wahl gewählte Vertreter betheiligt sein.

3. Bei Berechnung der Wartezeit und der Rente ist den bei solchen Kassen-

einrichtungnn betheiligten Personen, soweit es sich um das Maass des reichsgesetzlichen Anspruchs handelt, unbeschadet der Bestimmung des § 46 die bei Versicherungsanstalten (§ 65) zurückgelegte Beitragszeit in Anrechnung zu bringen.

4. Ueber den Anspruch der einzelnen Betheiligten auf Gewährung von Invaliden- und Altersrente muss ein schiedsgerichtliches Verfahren unter Mitwirkung von Vertretern der Versicherten zugelassen sein.

5. Wenn für die Gewährung der reichsgesetzlichen Leistungen besondere Beiträge von den Versicherten erhoben werden oder eine Erhöhung der Beiträge derselben eingetreten ist oder eintritt, so dürfen die reichsgesetzlichen Renten auf die sonstigen Kassenleistungen nur insoweit angerechnet werden, dass der zur Auszahlung gelangende Theil der letzteren für die einzelnen Mitgliederklassen im Durchschnitte mindestens den Reichszuschuss erreicht.

Der Bundesrath bestimmt auf Antrag der zuständigen Reichs-, Staats- oder Communalbehörde, welche Kasseneinrichtungen (Pensions-, Alters-, Invalidenkassen) den vorstehenden Anforderungen entsprechen. Den vom Bundesrath anerkannten Kasseneinrichtungen dieser Art wird zu den von ihnen zu leistenden Invaliden- und Altersrenten der Reichszuschuss (§ 35) gewährt, sofern ein Anspruch auf solche Renten auch nach den reichsgesetzlichen Bestimmungen bestehen würde.

§ 9 (6). Vom 1. Januar 1891 ab wird die Betheiligung bei solchen vom Bundesrathe zugelassenen Kasseneinrichtungen der Versicherung in einer Versicherungsanstalt gleich geachtet.

Wenn bei einer solchen Kasseneinrichtung die Beiträge nicht in der nach §§ 130 ff. vorgeschriebenen Form erhoben werden, hat der Vorstand der Kasseneinrichtung den aus der letzteren ausscheidenden Personen die Dauer ihrer Betheiligung und für diesen Zeitraum die Höhe des bezogenen Lohnes, die Zugehörigkeit zu einer Krankenkasse, sowie die Dauer etwaiger Krankheiten (§ 30) zu bescheinigen. Der Bundesrath ist befugt, über Form und Inhalt der Bescheinigung Vorschriften zu erlassen.

§ 10 (7). Durch Beschluss des Bundesraths kann auf Antrag bestimmt werden, dass die Bestimmungen der §§ 8, 9 auf Mitglieder anderer Kasseneinrichtungen, welche die Fürsorge für den Fall der Invalidität und des Alters zum Gegenstande haben, Anwendung finden sollen.

§ 11. Durch Beschluss des Bundesraths kann der auf Grund des Gesetzes vom 13. Juli 1887 (Reichs-Gesetzbl., S. 329) errichteten See-Berufsgenossenschaft gestattet werden, unter ihrer Haftung eine besondere Einrichtung zu dem Zwecke zu begründen, die Invalidenversicherung nach Maassgabe dieses Gesetzes für diejenigen Personen zu übernehmen, welche in den zur Genossenschaft gehörenden Betrieben oder einzelnen Arten dieser Betriebe beschäftigt werden, sowie für diejenigen Unternehmer, welche gleichzeitig der Unfallversicherung und der Invalidenversicherung unterliegen. Eine solche Einrichtung darf jedoch nur gestattet werden, wenn für die Hinterbliebenen der darin versicherten Personen von der Genossenschaft zugleich eine Wittwen- und Waisenversorgung begründet wird. Werden solche Einrichtungen getroffen, so sind in denselben diejenigen Personen, für welche sie bestimmt sind, kraft Gesetzes versichert.

Werden die Versicherten zu Beiträgen herangezogen, so sind dieselben in gleicher Weise wie die Arbeitgeber bei der Verwaltung zu betheiligen.

Der Theil der Beiträge, welcher auf die Arbeitgeber entfällt, darf im Durchschnitte nicht niedriger sein als die Hälfte der Beiträge, welche auf Grund dieses Gesetzes (§ 32) zu zahlen sind. Die Beiträge der Versicherten dürfen nicht höher sein als die der Arbeitgeber.

Werden die Beiträge der Versicherten abgestuft, so sind auch die Renten für die Hinterbliebenen im gleichen Verhältniss abzustufen.

Die Wartezeit darf weder für die Invalidenversicherung, noch für die Wittwen- und Waisenversorgung höher bemessen werden, als im § 29 vorgesehen ist.

Den Versicherten muss, wenn sie zeitweilig auf ausländischen Schiffen Beschäftigung nehmen, ihre Familien aber in Deutschland verbleiben, oder wenn sie aus anderen Gründen aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung ausscheiden, die Weiterversicherung gemäss den Bestimmungen dieses Gesetzes nicht nur hinsichtlich der Invalidenversicherung, sondern auch in Bezug auf die Wittwen- und Waisenversorgung gestattet sein.

§ 12. Auf die im § 11 bezeichneten Einrichtungen finden die Bestimmungen der §§ 8, 9 entsprechende Anwendung; sie unterliegen der Beaufsichtigung durch das Reichs-Versicherungsamt nach Maassgabe der §§ 108—110 dieses Gesetzes.

Die für die Unfallversicherung errichteten Schiedsgerichte sind auch für die von der See-Berufsgenossenschaft übernommene Invalidenversicherung, sowie für die von ihr eingerichtete Wittwen- und Waisenversorgung zuständig.

§ 13. Beschlüsse der Genossenschaft, durch welche die im § 11 bezeichneten Einrichtungen getroffen werden, die hierfür erlassenen Statuten und deren Abänderungen bedürfen der Genehmigung des Bundesraths. Der Bundesrath beschliesst, nachdem zuvor die im § 91 des Gesetzes vom 13. Juli 1887 bezeichneten, für die Versicherten berufenen Beisitzer der Schiedsgerichte gehört worden sind.

Der Bundesrath bestimmt den Zeitpunkt, mit welchem die Einrichtung in Wirksamkeit tritt.

### Freiwillige Versicherung.

§ 14. (8, 117 Absatz 1.) Folgende Personen sind befugt, freiwillig in die Versicherung einzutreten, so lange sie das vierzigste Lebensjahr nicht vollendet haben (Selbstversicherung):

1. Betriebsbeamte, Werkmeister, Techniker, Handlungsgehülfen und sonstige Angestellte, deren dienstliche Beschäftigung ihren Hauptberuf bildet, ferner Lehrer und Erzieher, sowie Schiffsführer, sämmtlich sofern ihr regelmässiger Jahresarbeitsverdienst an Lohn oder Gehalt mehr als zweitausend Mark, aber nicht über dreitausend Mark beträgt;

2. Gewerbetreibende und sonstige Betriebsunternehmer, welche nicht regelmässig mehr als zwei versicherungspflichtige Lohnarbeiter beschäftigen, sowie Hausgewerbetreibende, sämmtlich soweit nicht durch Beschluss des Bundesraths (§ 2 Absatz 1) die Versicherungspflicht auf sie erstreckt worden ist;

3. Personen, welche auf Grund des § 3 Absatz 2 und § 4 Absatz 1 der Versicherungspflicht nicht unterliegen.

Diese Personen sind ferner berechtigt, beim Ausscheiden aus dem die Berechtigung zur Selbstversicherung begründenden Verhältnisse die Selbstversicherung fortzusetzen und nach den Bestimmungen des § 46 zu erneuern.

Personen, welche aus einem die Versicherungspflicht begründenden Verhältniss ausscheiden, sind befugt, die Versicherung freiwillig fortzusetzen oder zu erneuern (Weiterversicherung).

Die in Betrieben, für welche eine besondere Kasseneinrichtung (§§ 8, 10, 11) errichtet ist, beschäftigten Personen der im Absatz 1 Ziffer 1—3 bezeichneten Art sind berechtigt, sich bei der Kasseneinrichtung freiwillig zu versichern (Absatz 1). Die in solchen Betrieben beschäftigten versicherungspflichtigen Personen sind ferner beim Ausscheiden aus dem die Versicherungspflicht begründenden Arbeits- oder

Dienstverhältnisse befugt, sich bei der besonderen Kasseneinrichtung weiter zu versichern (Absatz 2), so lange sie nicht durch ein neues Arbeits- oder Dienstverhältniss bei einer anderen besonderen Kasseneinrichtung oder bei einer Versicherungsanstalt versicherungspflichtig werden. So lange die Voraussetzungen für die freiwillige Versicherung bei einer besonderen Kasseneinrichtung gegeben sind, findet die freiwillige Versicherung bei einer Versicherungsanstalt nicht statt.

### Gegenstand der Versicherung.

§ 15 (9). Gegenstand der Versicherung ist der Anspruch auf Gewährung einer Rente für den Fall der Erwerbsunfähigkeit oder des Alters.

Invalidenrente erhält ohne Rücksicht auf das Lebensalter derjenige Versicherte, welcher im Sinne des § 5 Absatz 4 dauernd erwerbsunfähig ist. Eine durch einen Unfall herbeigeführte Erwerbsunfähigkeit begründet unbeschadet der Vorschriften des § 113 den Anspruch auf Invalidenrente nur insoweit, als die zu gewährende Invalidenrente die gewährte Unfallrente übersteigt.

Altersrente erhält ohne Rücksicht auf das Vorhandensein von Erwerbsunfähigkeit derjenige Versicherte, welcher das siebenzigste Lebensjahr vollendet hat.

§ 16 (10). Invalidenrente erhält auch derjenige nicht dauernd erwerbsunfähige Versicherte, welcher während sechsundzwanzig Wochen ununterbrochen erwerbsunfähig gewesen ist, für die weitere Dauer seiner Erwerbsunfähigkeit.

§ 17 (11). Dem Versicherten steht ein Anspruch auf Invalidenrente nicht zu, wenn er die Erwerbsunfähigkeit vorsätzlich herbeigeführt hat. Die Gewährung der Rente kann ganz oder theilweise versagt werden, wenn der Versicherte die Erwerbsunfähigkeit bei Begehung eines durch strafgerichtliches Urtheil festgestellten Verbrechens oder vorsätzlichen Vergehens sich zugezogen hat. In Fällen der letzteren Art kann die Rente, sofern der Versicherte eine im Inlande wohnende Familie besitzt, deren Unterhalt er bisher aus seinem Arbeitsverdienste bestritten hat, ganz oder theilweise der Familie überwiesen werden.

§ 18 (12 Absatz 1). Ist ein Versicherter dergestalt erkrankt, dass als Folge der Krankheit Erwerbsunfähigkeit zu besorgen ist, welche einen Anspruch auf reichsgesetzliche Invalidenrente begründet, so ist die Versicherungsanstalt befugt, zur Abwendung dieses Nachtheils ein Heilverfahren in dem ihr geeignet erscheinenden Umfang eintreten zu lassen.

Die Versicherungsanstalt kann das Heilverfahren durch Unterbringung des Erkrankten in einem Krankenhaus oder in einer Anstalt für Genesende gewähren. Ist der Erkrankte verheirathet, oder hat er eine eigene Haushaltung oder ist er Mitglied der Haushaltung seiner Familie, so bedarf es hierzu seiner Zustimmung.

Lässt die Versicherungsanstalt ein Heilverfahren eintreten, so gehen bei Versicherten, welche der reichs- oder landesgesetzlichen Krankenfürsorge unterliegen, vom Beginne dieses Heilverfahrens an bis zu dessen Beendigung die Verpflichtungen der Krankenkasse gegen den Versicherten auf die Versicherungsanstalt über. Dieser hat die Krankenkasse Ersatz zu leisten in Höhe desjenigen Krankengeldes, welches der Versicherte von der Krankenkasse für sich beanspruchen konnte.

Während des Heilverfahrens ist für solche Angehörigen des Versicherten, deren Unterhalt dieser bisher aus seinem Arbeitsverdienste bestritten hat, eine Unterstützung auch dann zu zahlen, wenn der Versicherte der reichs- oder landesgesetzlichen Krankenversorgung nicht unterliegt. Diese Angehörigenunterstützung beträgt, sofern der Versicherte der reichs- oder landesgesetzlichen Krankenfürsorge bis zum Eingreifen der Versicherungsanstalt unterlag, die Hälfte des für ihn während der gesetzlichen

Dauer der Krankenunterstützung maassgebend gewesenen Krankengeldes, im übrigen ein Viertel des für den Ort seiner letzten Beschäftigung oder seines letzten Aufenthalts maassgebenden ortsüblichen Tagelohns gewöhnlicher Tagearbeiter. Wenn der Versicherte Invalidenrente erhält, kann dieselbe auf die Angehörigenunterstützung angerechnet werden.

§ 19 (12 Absatz 2). Die Versicherungsanstalt, welche ein Heilverfahren eintreten lässt, ist befugt, die Fürsorge für den Erkrankten der Krankenkasse, welcher er angehört oder zuletzt angehört hat, in demjenigen Umfange zu übertragen, welchen die Versicherungsanstalt für geboten erachtet. Werden dadurch der Kasse Leistungen auferlegt, welche über den Umfang der von ihr gesetzlich oder statutarisch zu leistenden Fürsorge hinausgehen, so hat die Versicherungsanstalt die entstehenden Mehrkosten zu ersetzen. Bestand eine Fürsorgepflicht der Krankenkasse nicht mehr, so ist ihr von der Versicherungsanstalt bei Gewährung der im § 6 Absatz 1 Ziffer 1 des Krankenversicherungsgesetzes bezeichneten Leistungen das halbe, bei Unterbringung des Versicherten in ein Krankenhaus oder in eine Anstalt für Genesende das einundeinhalbfache Krankengeld zu ersetzen, sofern nicht höhere Aufwendungen nachgewiesen werden.

§ 20. Als Krankenkassen im Sinne der Bestimmungen in den §§ 18, 19 gelten auch diejenigen Hülfskassen, welche die im § 75a des Krankenversicherungsgesetzes vorgesehene amtliche Bescheinigung besitzen.

§ 21. Ist die Krankheit, wegen deren das Heilverfahren eingeleitet wurde, auf einen nach den Reichsgesetzen über Unfallversicherung zu entschädigenden Unfall zurückzuführen und ist durch das Heilverfahren der Eintritt der Erwerbsunfähigkeit (§§ 15, 16) verhindert und zugleich eine Entlastung des entschädigungspflichtigen Trägers der Unfallversicherung herbeigeführt worden, indem die Unfallentschädigung ganz oder zum Theil nicht zu bewilligen war oder in Wegfall gekommen ist, so hat die Versicherungsanstalt gegen diesen Träger Anspruch auf Ersatz der Kosten des Heilverfahrens in dem in § 19 Satz 3 vorgesehenen Umfange. Ein Ersatz für Kosten des Heilverfahrens, welche vor dem Beginne der vierzehnten Woche nach dem Unfall entstanden sind, kann nicht beansprucht werden.

Für die Ansprüche des Versicherten an den Träger der Unfallversicherung ist die Uebernahme des Heilverfahrens durch die Versicherungsanstalt der Uebernahme durch den Träger der Unfallversicherung gleich zu achten.

§ 22 (12 Absatz 3). Wird der Versicherte infolge der Krankheit erwerbsunfähig, so kann ihm, falls er sich den gemäss §§ 18, 19 von der Versicherungsanstalt getroffenen Maassnahmen ohne gesetzlichen oder sonst triftigen Grund entzogen hat, die Invalidenrente auf Zeit ganz oder theilweise versagt werden, sofern er auf diese Folgen hingewiesen worden ist und nachgewiesen wird, dass die Erwerbsunfähigkeit durch sein Verhalten veranlasst ist.

§ 23 (12 Absatz 4). Streitigkeiten, welche aus den Bestimmungen in den §§ 18 bis 20, 22 zwischen den Versicherungsanstalten und den Versicherten entstehen, werden, soweit sie nicht bei der Rentenfeststellung zum Austrage gelangen, von der Aufsichtsbehörde der Versicherungsanstalten entschieden.

Streitigkeiten, welche aus den Bestimmungen in den §§ 18 bis 20, 22 zwischen den Versicherungsanstalten und den Krankenkassen entstehen, werden, sofern es sich um die Geltendmachung der den Versicherungsanstalten eingeräumten Befugnisse handelt, von der Aufsichtsbehörde der betheiligten Krankenkasse, sofern es sich aber um Ersatzansprüche handelt, im Verwaltungsstreitverfahren, oder, wo ein solches nicht besteht, ebenfalls durch die Aufsichtsbehörde der betheiligten Krankenkasse

entschieden. Die Entscheidung dieser Aufsichtsbehörde ist im ersteren Falle endgültig; im letzteren Falle kann sie innerhalb eines Monats nach der Zustellung im Wege des Recurses nach Maassgabe der §§ 20, 21 der Gewerbeordnung angefochten werden.

Streitigkeiten über Ersatzansprüche in den Fällen des § 21 Absatz 1 werden durch das Reichs-Versicherungsamt entschieden.

§ 24 (13). Durch statutarische Bestimmung einer Gemeinde für ihren Bezirk oder eines weiteren Communalverbandes für seinen Bezirk oder Theile desselben kann, sofern daselbst nach Herkommen der Lohn der in land- oder forstwirthschaftlichen Betrieben beschäftigten Arbeiter ganz oder zum Theil in Form von Naturalleistungen gewährt wird, bestimmt werden, dass denjenigen in diesem Bezirke wohnenden Rentenempfängern, welche innerhalb desselben als Arbeiter in land- und forstwirthschaftlichen Betrieben ihren Lohn oder Gehalt ganz oder zum Theil in Form von Naturalleistungen bezogen haben, auch die Rente bis zu zwei Dritteln ihres Betrags in dieser Form gewährt wird. Der Werth der Naturalleistungen wird nach Durchschnittspreisen in Ansatz gebracht. Dieselben werden von der höheren Verwaltungsbehörde festgesetzt. Die statutarische Bestimmung bedarf der Genehmigung der höheren Verwaltungsbehörde.

Solchen Personen, welchen wegen gewohnheitsmässiger Trunksucht nach Anordnung der zuständigen Behörde geistige Getränke in öffentlichen Schankstätten nicht verabfolgt werden dürfen, ist die Rente in derjenigen Gemeinde, für deren Bezirk eine solche Anordnung getroffen worden ist, auch ohne dass die Voraussetzungen des Absatz 1 vorliegen, ihrem vollen Betrage nach in Naturalleistungen zu gewähren.

Der Anspruch auf die Rente geht zu demjenigen Betrag, in welchem Naturalleistungen gewährt werden, auf den Communalverband, für dessen Bezirk eine solche Bestimmung getroffen ist, über, wogegen diesem die Leistung der Naturalien obliegt.

Dem Bezugsberechtigten, auf welchen vorstehende Bestimmungen Anwendung finden sollen, ist dies von dem Communalverbande mitzutheilen.

Der Bezugsberechtigte ist befugt, binnen zwei Wochen nach der Zustellung dieser Mittheilung die Entscheidung der Communalaufsichtsbehörde anzurufen. Auf demselben Wege werden alle übrigen Streitigkeiten entschieden, welche aus der Anwendung dieser Bestimmungen zwischen dem Bezugsberechtigten und dem Communalverband entstehen.

Sobald der Uebergang des Anspruchs auf Rente endgültig feststeht, hat auf Antrag des Communalverbandes der Vorstand der Versicherungsanstalt die Postverwaltung hiervon rechtzeitig in Kenntniss zu setzen.

§ 25. Auf Grund statutarischer Bestimmung der Versicherungsanstalt kann der Vorstand einem Rentenempfänger auf seinen Antrag an Stelle der Rente Aufnahme in ein Invalidenhaus oder in ähnliche von Dritten unterhaltene Anstalten auf Kosten der Versicherungsanstalt gewähren. Der Aufgenommene ist auf ein Vierteljahr und, wenn er die Erklärung nicht einen Monat vor Ablauf dieses Zeitraums zurücknimmt, jedesmal auf ein weiteres Vierteljahr an den Verzicht auf die Rente gebunden.

§ 26 (14). Ist der Berechtigte ein Ausländer, so kann er, falls er seinen Wohnsitz im Deutschen Reiche aufgiebt, mit dem dreifachen Betrage der Jahresrente abgefunden werden. Durch Beschluss des Bundesraths kann diese Bestimmung für bestimmte Grenzgebiete oder für die Angehörigen solcher auswärtiger Staaten, durch deren Gesetzgebung deutschen Arbeitern eine entsprechende Fürsorge für den Fall der Erwerbsunfähigkeit oder des Alters gewährleistet ist, ausser Kraft gesetzt werden.

Aufbringung der Mittel.

§ 27 (19). Die Mittel zur Gewährung der in diesem Gesetze vorgesehenen Leistungen werden vom Reiche, von den Arbeitgebern und von den Versicherten aufgebracht.

Die Aufbringung der Mittel erfolgt seitens des Reichs durch Zuschüsse zu den in jedem Jahre thatsächlich zu zahlenden Renten (§ 35), seitens der Arbeitgeber und der Versicherten durch laufende Beiträge.

Die Beiträge entfallen auf den Arbeitgeber und den Versicherten zu gleichen Theilen (§§ 142, 144, 154) und sind für jede Beitragswoche (§ 30) zu entrichten.

Voraussetzungen des Anspruchs.

§ 28 (15). Zur Erlangung eines Anspruchs auf Invaliden- oder Altersrente ist, ausser dem Nachweise der Erwerbsunfähigkeit, beziehungsweise des gesetzlich vorgesehenen Alters, erforderlich:

1. die Zurücklegung der vorgeschriebenen Wartezeit,
2. die Leistung von Beiträgen.

Wartezeit.

§ 29 (16). Die Wartezeit beträgt:

1. bei der Invalidenrente, wenn mindestens einhundert Beiträge auf Grund der Versicherungspflicht geleistet worden sind, zweihundert Beitragswochen, andernfalls fünfhundert Beitragswochen;
2. bei der Altersrente eintausendzweihundert Beitragswochen.

Die für die freiwillige Versicherung (§ 14) geleisteten Beiträge kommen auf die Wartezeit für die Invalidenrente nur dann zur Anrechnung, wenn mindestens einhundert Beiträge auf Grund eines die Versicherungspflicht oder die Berechtigung zur Selbstversicherung begründenden Verhältnisses geleistet worden sind.

Die Vorschrift des Absatz 2 findet keine Anwendung auf Beiträge, welche von den Versicherten innerhalb der ersten vier Jahre, nachdem die Versicherungspflicht für ihren Berufszweig in Kraft getreten ist, freiwillig geleistet worden sind.

Beitragsleistung.

§ 30 (17). Für jede Woche, in welcher der Versicherte in einem die Versicherungspflicht begründenden Arbeits- oder Dienstverhältnisse gestanden hat, ist ein Versicherungsbeitrag zu entrichten (Beitragswoche). Die Beitragswoche beginnt mit dem Montag einer jeden Kalenderwoche.

Als Beitragswochen werden, ohne dass Beiträge entrichtet zu werden brauchen, diejenigen vollen Wochen in Anrechnung gebracht, während deren Versicherte

1. behufs Erfüllung der Wehrpflicht in Friedens-, Mobilmachungs- oder Kriegszeiten zum Heere oder zur Marine eingezogen gewesen sind;
2. in Mobilmachungs- oder Kriegszeiten freiwillig militärische Dienstleistungen verrichtet haben;
3. wegen bescheinigter, mit zeitweiser Erwerbsunfähigkeit verbundener Krankheit an der Fortsetzung ihrer Berufsthätigkeit verhindert gewesen sind.

Diese Anrechnung erfolgt jedoch nur bei solchen Personen, welche vor den in Rede stehenden Zeiten berufsmässig eine die Versicherungspflicht begründende Beschäftigung nicht lediglich vorübergehend aufgenommen haben.

Die Dauer einer Krankheit ist nicht als Beitragszeit in Anrechnung zu bringen, wenn der Betheiligte sich die Krankheit vorsätzlich oder bei Begehung eines durch

strafgerichtliches Urtheil festgestellten Verbrechens, durch schuldhafte Betheiligung bei Schlägereien oder Raufhändeln oder durch Trunkfälligkeit zugezogen hat.

Bei Krankheiten, welche ununterbrochen länger als ein Jahr währen, kommt die über diesen Zeitraum hinausreichende Dauer der Krankheit als Beitragszeit nicht in Anrechnung.

Die an eine Krankheit sich anschliessende Genesungszeit wird der Krankheit gleich geachtet. Dasselbe gilt von einem regelmässig verlaufenden Wochenbette für die Dauer der dadurch veranlassten Erwerbsunfähigkeit, aber höchstens für sechs Wochen, von der Entbindung an gerechnet.

§ 31 (18). Zum Nachweis einer Krankheit (§ 30) genügt die Bescheinigung des Vorstandes derjenigen Krankenkasse (§ 166), beziehungsweise derjenigen eingeschriebenen oder auf Grund landesrechtlicher Vorschriften errichteten Hülfskasse, welcher der Versicherte angehört hat, für diejenige Zeit aber, welche über die Dauer der von den betreffenden Kassen zu gewährenden Krankenunterstützung hinausreicht, sowie für diejenigen Personen, welche einer derartigen Kasse nicht angehört haben, die Bescheinigung der Gemeindebehörde. Die Kassenvorstände sind verpflichtet, diese Bescheinigungen den Versicherten sofort nach Beendigung der Krankenunterstützung oder der Fürsorge während der Genesungszeit von Amts wegen auszustellen und können hierzu von der Aufsichtsbehörde durch Geldstrafe bis zu einhundert Mark angehalten werden.

Für die in Reichs- und Staatsbetrieben beschäftigten Personen können die vorstehend bezeichneten Bescheinigungen durch die vorgesetzte Dienstbehörde ausgestellt werden. Für diese Fälle ist die Krankenkasse durch die Aufsichtsbehörde von der Ausstellungspflicht zu entbinden.

Der Nachweis geleisteter Militärdienste erfolgt durch Vorlegung der Militärpapiere.

§ 32 (20) handelt von der Höhe der Beiträge.

§ 33 von der Gemeinlast und Sonderlast.

### Lohnklassen.

§ 34 (22). Nach der Höhe des Jahresarbeitsverdienstes werden für die Versicherten folgende Lohnklassen gebildet:

Klasse I bis zu 350 Mark einschliesslich,
„ II von mehr als 350 bis zu 550 Mark,
„ III von mehr als 550 bis zu 850 „
„ IV von mehr als 850 bis zu 1150 „
„ V von mehr als 1150 Mark.

Für die Zugehörigkeit der Versicherten zu den Lohnklassen ist mit den aus den nachfolgenden Bestimmungen sich ergebenden Abweichungen nicht die Höhe des thatsächlichen Jahresarbeitsverdienstes, sondern ein Durchschnittsbetrag maassgebend.

Im Einzelnen gilt als Jahresarbeitsverdienst:

1. für Mitglieder einer Orts-, Betriebs- (Fabrik-), Bau- oder Innungs-Krankenkasse der dreihundertfache Betrag des für ihre Krankenkassenbeiträge maassgebenden durchschnittlichen Tagelohns, beziehungsweise wirklichen Arbeitsverdienstes (§§ 20, 26a Absatz 2, Ziffer 6 des Krankenversicherungsgesetzes);

2. für die in der Land- und Forstwirthschaft beschäftigten Personen, soweit sie nicht einer unter Ziffer 1 bezeichneten Krankenkasse angehören, ein Betrag, der für sie von der höheren Verwaltungsbehörde unter Berücksichtigung des § 3 als durchschnittlicher Jahresarbeitsverdienst festzusetzen ist; bei Betriebsbeamten wird jedoch

der für jeden von ihnen nach § 3 des Gesetzes vom 5. Mai 1886 (Reichs-Gesetzbl. S. 132) maassgebende Jahresarbeitsverdienst zu Grunde gelegt:

3. für die auf Grund des Gesetzes vom 13. Juli 1887 (Reichs-Gesetzbl. S. 329) versicherten Seeleute und anderen bei der Seeschifffahrt betheiligten Personen der Durchschnittsbetrag des Jahresarbeitsverdienstes, welcher gemäss §§ 6 und 7 a. a. O. vom Reichskanzler, beziehungsweise von der höheren Verwaltungsbehörde festgesetzt worden ist;

4. für Mitglieder einer Knappschaftskasse der dreihundertfache Betrag des von dem Kassenvorstande festzusetzenden durchschnittlichen täglichen Arbeitsverdienstes derjenigen Klasse von Arbeitern, welcher der Versicherte angehört, jedoch nicht weniger als der dreihundertfache Betrag des ortsüblichen Tagelohns gewöhnlicher Tagearbeiter des Beschäftigungsorts (§ 8 des Krankenversicherungsgesetzes);

5. im Uebrigen der dreihundertfache Betrag des ortsüblichen Tagelohns gewöhnlicher Tagearbeiter des Beschäftigungsorts (§ 8 des Krankenversicherungsgesetzes), soweit nicht für einzelne Berufszweige von der höheren Verwaltungsbehörde ein anderer Jahresarbeitsverdienst festgesetzt wird.

Lehrer und Erzieher gehören, soweit nicht ein Jahresarbeitsverdienst von mehr als 1150 Mark nachgewiesen wird, zur vierten Klasse.

Sofern im Voraus für Wochen, Monate, Vierteljahre oder Jahre eine feste baare Vergütung vereinbart und diese höher ist, als der nach Absatz 2 für den Versicherten maassgebende Durchschnittsbetrag, so ist diese Vergütung zu Grunde zu legen.

Der Versicherte kann die Versicherung in einer höheren als derjenigen Lohnklasse, welche nach den vorstehenden Bestimmungen für ihn maassgebend sein würde, beanspruchen. In diesen Fällen ist jedoch der auf den Arbeitgeber entfallende Theil des Beitrags, sofern nicht die Versicherung in der höheren Lohnklasse von dem Arbeitgeber und dem Versicherten vereinbart ist, nicht nach der höheren, sondern nach der für den Versicherten maassgebenden Lohnklasse zu bemessen.

Die Landes-Centralbehörde kann anordnen, dass die nach Absatz 2 für die einzelnen Orte maassgebenden Lohnklassen und Beiträge (§ 32) sowie die Klassen von Versicherten, welche an dem betreffenden Orte in die einzelnen Lohnklassen entfallen, von der Versicherungsanstalt in jedem Orte ihres Bezirks bekannt zu machen sind.

Die §§ 35—40 handeln von Berechnung der Renten.

§ 41 (29). Die Invalidenrente beginnt mit dem Tage, an welchem der Verlust der Erwerbsfähigkeit eingetreten ist. Als dieser Zeitpunkt gilt, sofern nicht ein anderer in der Entscheidung festgestellt wird, der Tag, an welchem der Antrag auf Bewilligung der Rente bei der zuständigen Behörde eingegangen ist (§ 112 Absatz 1).

Die Altersrente beginnt frühestens mit dem ersten Tage des einundsiebenzigsten Lebensjahrs.

Für Zeiten, die beim Eingange des Antrags auf Bewilligung einer Rente länger als ein Jahr zurückliegen, wird die Rente nicht gewährt.

Stirbt ein Versicherter, dessen Rentenantrag noch zu seinen Lebzeiten bei der zuständigen Behörde eingegangen war, so ist zur Fortsetzung des Verfahrens und im Falle der Bewilligung der Rente zum Bezuge der bis zum Todestage fälligen Rentenbeträge an erster Stelle der Ehegatte berechtigt, sofern derselbe mit dem Rentenberechtigten bis zu dessen Tode in häuslicher Gemeinschaft gelebt hat; wenn ein solcher nicht vorhanden ist, tritt die Rechtsnachfolge nach den Bestimmungen des bürgerlichen Rechts ein.

Erstattung von Beiträgen.

§ 42 (30). Weiblichen Personen, welche eine Ehe eingehen, bevor ihnen die eine Rente (§§ 15, 16) bewilligende Entscheidung zugestellt ist, steht ein Anspruch auf Erstattung der Hälfte der für sie geleisteten Beiträge zu, wenn die letzteren vor Eingehung der Ehe für mindestens zweihundert Wochen entrichtet worden sind. Dieser Anspruch muss bei Vermeidung des Ausschlusses vor Ablauf eines Jahres nach dem Tage der Verheirathung geltend gemacht werden. Der zu erstattende Betrag wird auf volle Mark nach oben abgerundet.

Mit der Erstattung erlischt die durch das frühere Versicherungsverhältniss begründete Anwartschaft.

§ 43. Werden versicherte Personen durch einen Unfall dauernd erwerbsunfähig im Sinne dieses Gesetzes und steht ihnen nach § 15 Absatz 2 Satz 2 für die Zeit des Bezuges der Unfallrente ein Anspruch auf Invalidenrente nicht zu, so ist ihnen auf ihren Antrag die Hälfte der für sie entrichteten Beiträge zu erstatten. Der Anspruch muss bei Vermeidung des Ausschlusses vor Ablauf von zwei Jahren nach dem Unfalle geltend gemacht werden. Die Bestimmungen des § 42 Absatz 1 Satz 3 und Absatz 2 finden Anwendung.

§ 44 (31). Wenn eine männliche Person, für welche mindestens für zweihundert Wochen Beiträge entrichtet worden sind, verstirbt, bevor ihr die eine Rente (§§ 15, 16) bewilligende Entscheidung zugestellt ist, so steht der hinterlassenen Witwe oder, falls eine solche nicht vorhanden ist, den hinterlassenen ehelichen Kindern unter fünfzehn Jahren ein Anspruch auf Erstattung der Hälfte der für den Verstorbenen entrichteten Beiträge zu.

Wenn eine weibliche Person, für welche mindestens für zweihundert Wochen Beiträge entrichtet worden sind, verstirbt, bevor ihr die eine Rente (§§ 15, 16) bewilligende Entscheidung zugestellt ist, so steht den hinterlassenen vaterlosen Kindern unter fünfzehn Jahren ein Anspruch auf Erstattung der Hälfte der für die Verstorbene entrichteten Beiträge zu. Ein gleicher Anspruch steht unter denselben Voraussetzungen den hinterlassenen, noch nicht fünfzehn Jahre alten Kindern einer solchen weiblichen Person zu, deren Ehemann sich von der häuslichen Gemeinschaft ferngehalten und sich der Pflicht der Unterhaltung der Kinder entzogen hat. War die weibliche Person wegen Erwerbsunfähigkeit ihres Ehemanns die Ernährerin der Familie, so steht ein gleicher Erstattungsanspruch dem hinterlassenen Wittwer zu.

Der Erstattungsanspruch muss bei Vermeidung des Ausschlusses vor Ablauf eines Jahres nach dem Tode des Versicherten erhoben werden. Der zu erstattende Betrag wird auf volle Mark nach oben abgerundet.

Schwebt beim Tode des Versicherten bereits ein Rentenfeststellungsverfahren, so schliesst der Erstattungsanspruch den Anspruch des Erben auf die rückständigen Rentenbeträge aus, solange nicht eine den letzteren anerkennende Entscheidung zugestellt ist.

Vorstehende Bestimmungen finden keine Anwendung, soweit den Hinterbliebenen aus Anlass des Todes des Versicherten auf Grund der Unfallversicherungsgesetze Renten gewährt werden.

§ 45. Durch übereinstimmenden Beschluss des Vorstandes und des Ausschusses kann bestimmt werden, dass die Ueberschüsse des Sondervermögens einer Versicherungsanstalt über den zur Deckung ihrer Verpflichtungen dauernd erforderlichen Bedarf zu anderen als den im Gesetze vorgesehenen Leistungen im wirthschaftlichen Interesse der der Versicherungsanstalt angehörenden Rentenempfänger, Versicherten sowie ihrer Angehörigen verwendet werden.

Solche Beschlüsse bedürfen der Genehmigung des Bundesraths. Die Genehmi-

gung kann widerrufen werden, wenn das Sondervermögen der Versicherungsanstalt zur dauernden Deckung ihrer Verpflichtungen nicht mehr ausreicht.

### Erlöschen der Anwartschaft.

§ 46 (32). Die aus der Versicherungspflicht sich ergebende Anwartschaft erlischt, wenn während zweier Jahre nach dem auf der Quittungskarte (§ 131) verzeichneten Ausstellungstag ein die Versicherungspflicht begründendes Arbeits- oder Dienstverhältniss, auf Grund dessen Beiträge entrichtet sind, oder die Weiterversicherung (§ 14 Absatz 2) nicht oder in weniger als insgesammt zwanzig Beitragswochen bestanden hat.

Den Beitragswochen im Sinne des vorigen Absatzes werden gleich behandelt die Zeiten,

1. welche nach § 30 als Beitragszeiten angerechnet werden,
2. während deren der Anwärter eine Unfallrente für eine Verminderung der Erwerbsfähigkeit um mindestens zwanzig Procent oder aus Kassen der in den §§ 8, 10, 11, 52 bezeichneten Art Invaliden- oder Altersrenten bezog, ohne gleichzeitig eine nach diesem Gesetze versicherungspflichtige Beschäftigung auszuüben.

Bei der Selbstversicherung und ihrer Fortsetzung (§ 14 Absatz 1) müssen zur Aufrechterhaltung der Anwartschaft während der im Absatz 1 bezeichneten Frist mindestens vierzig Beiträge entrichtet werden.

Die Anwartschaft lebt wieder auf, sobald durch Wiedereintreten in eine versicherungspflichtige Beschäftigung oder durch freiwillige Beitragsleistung das Versicherungsverhältniss erneuert und danach eine Wartezeit von zweihundert Beitragswochen zurückgelegt ist.

### Entziehung der Invalidenrente.

§ 47 (33). Tritt in den Verhältnissen des Empfängers einer Invalidenrente eine Veränderung ein, welche ihn nicht mehr als erwerbsunfähig (§§ 15, 16) erscheinen lässt, so kann demselben die Rente entzogen werden.

Ist begründete Annahme vorhanden, dass der Empfänger einer Invalidenrente bei Durchführung eines Heilverfahrens die Erwerbsfähigkeit wieder erlangen werde, so kann die Versicherungsanstalt zu diesem Zwecke ein Heilverfahren eintreten lassen. Dabei finden die Bestimmungen des § 18 Absatz 2—4, §§ 19—21, 23 mit der Maassgabe Anwendung, dass an Stelle der Angehörigenunterstützung die Invalidenrente treten kann. Hat sich der Rentenempfänger solchen Maassnahmen der Versicherungsanstalt ohne gesetzlichen oder sonst triftigen Grund entzogen, so kann ihm die Rente auf Zeit ganz oder theilweise entzogen werden, sofern auf diese Folgen hingewiesen worden ist und nachgewiesen wird, dass er durch sein Verhalten die Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit vereitelt hat.

Die Entziehung der Rente tritt mit Ablauf des Monats in Wirksamkeit, in welchem der die Entziehung aussprechende Bescheid zugestellt worden ist.

Wird die Rente von neuem oder wird an Stelle einer nach § 16 gewährten Invalidenrente eine Rente für dauernde Erwerbsunfähigkeit (§ 15) bewilligt oder wird eine Altersrente bewilligt, so ist die Zeit des früheren Rentenbezugs dem Versicherten ebenso wie eine bescheinigte Krankheitszeit (§ 40 Absatz 1) anzurechnen. Die Vorschriften des § 30 Absatz 5 und des § 46 Absatz 1, 3 finden auf diese Zeit keine Anwendung.

### Ruhen der Rente.

§ 48 (34). Das Recht auf Bezug der Rente ruht:

1. für diejenigen Personen, welche auf Grund der reichsgesetzlichen Bestim-

mungen über Unfallversicherung eine Rente beziehen, so lange und soweit die Unfallrente unter Hinzurechnung der ihnen nach dem gegenwärtigen Gesetze zugesprochenen Rente den siebenundeinhalbfachen Grundbetrag der Invalidenrente (§ 36 Absatz 2, 3) übersteigt;

2. für die in den §§ 5, 6 Absatz 1, § 7 bezeichneten Personen, so lange und soweit die denselben gewährten Pensionen, Wartegelder oder ähnlichen Bezüge unter Hinzurechnung der ihnen nach dem gegenwärtigen Gesetze zugesprochenen Rente den in Ziffer 1 bezeichneten Höchstbetrag übersteigen;

3. so lange der Berechtigte eine die Dauer von einem Monat übersteigende Freiheitsstrafe verbüsst oder so lange er in einem Arbeitshaus oder in einer Besserungsanstalt untergebracht ist;

4. so lange der Berechtigte nicht im Inlande seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat. Durch Beschluss des Bundesraths kann diese Bestimmung für bestimmte Grenzgebiete oder für solche auswärtige Staaten, durch deren Gesetzgebung deutschen Arbeitern eine entsprechende Fürsorge für den Fall der Erwerbsunfähigkeit und des Alters gewährleistet ist, ausser Kraft gesetzt werden.

Hat in den Fällen der Ziffer 3 der Rentenberechtigte eine im Inlande wohnende Familie, deren Unterhalt er bisher aus seinem Arbeitsverdienste bestritten hat, so ist dieser die Rente zu überweisen.

Während des Bezugs von Invalidenrente ruht der Anspruch auf die Altersrente. Auf diesen Fall findet die Bestimmung des § 38 Satz 2 keine Anwendung.

Verhältniss zu anderen Ansprüchen.

§ 49 (35 Absatz 1 und von Absatz 2 Satz 1). Die auf gesetzlicher Vorschrift beruhende Verpflichtung von Gemeinden und Armenverbänden zur Unterstützug hülfsbedürftiger Personen, sowie sonstige gesetzliche, statutarische oder auf Vertrag beruhende Verpflichtungen zur Fürsorge für alte, kranke, erwerbsunfähige oder hülfsbedürftige Personen werden durch dieses Gesetz nicht berührt.

Wenn von einer Gemeinde oder einem Armenverband an hülfsbedürftige Personen Unterstützungen für einen Zeitraum geleistet werden, für welchen diesen Personen ein Anspruch auf Invaliden- oder Altersrente zustand oder noch zusteht, so ist ihnen hierfür durch Ueberweisung von Rentenbeträgen Ersatz zu leisten.

Ist die Unterstützung eine vorübergehende, so können als Ersatz höchtens drei Monatsbeträge der Rente, und zwar mit nicht mehr als der Hälfte, in Anspruch genommen werden.

Ist die Unterstützung eine fortlaufende, so kann als Ersatz, wenn die Unterstützung in der Gewährung des Unterhalts in einer Anstalt besteht, für dessen Dauer und in dem zur Ersatzleistung erforderlichen Betrage die fortlaufende Ueberweisung der vollen Rente, im Uebrigen die fortlaufende Ueberweisung von höchstens der halben Rente beansprucht werden.

§ 50. Der Antrag auf Ueberweisung von Rentenbeträgen (§ 49 Absatz 2—4) ist bei einer der im § 112 Absatz 1 bezeichneten Behörden anzumelden; soweit es sich um den Ersatz für eine vorübergehende Unterstützung handelt, ist der Anspruch bei Vermeidung des Ausschlusses spätestens binnen drei Monaten seit Beendigung der Unterstützung geltend zu machen.

Den Gemeinden und Armenverbänden steht die Geltendmachung des Ersatzanspruchs auch dann zu, wenn die hülfsbedürftige Person, welcher ein Anspruch auf Invaliden- oder Altersrente zustand, vor Stellung des Rentenantrags verstorben ist. Die Bestimmung im § 44 Absatz 4 findet entsprechende Anwendung.

Streitigkeiten, welche zwischen den Betheiligten über den Anspruch auf Ueber-

weisung von Entschädigungsbeträgen entstehen, werden im Verwaltungsstreitverfahren oder, wo ein solches nicht besteht, durch die dem Ersatzberechtigten vorgesetzte Aufsichtsbehörde entschieden. Die Entscheidung der letzteren kann innerhalb eines Monats nach der Zustellung im Wege des Recurses nach Maassgabe der §§ 20, 21 der Gewerbeordnung angefochten werden.

§ 51 (35 Absatz 2 Rest). Die Bestimmungen der §§ 49, 50 gelten auch für Betriebsunternehmer und Kassen, welche die den Gemeinden oder Armenverbänden obliegende Verpflichtung zur Unterstützung Hülfsbedürftiger auf Grund gesetzlicher Vorschrift erfüllen.

§ 52 (36). Fabrikkassen, Knappschaftskassen, Seemannskassen und andere für gewerbliche, landwirthschaftliche oder ähnliche Unternehmungen bestehende Kasseneinrichtungen, welche ihren nach den reichsgesetzlichen Bestimmungen versicherten Mitgliedern für den Fall des Alters oder der Erwerbsunfähigkeit Renten oder Kapitalien gewähren, sind berechtigt, diese Unterstützungen für solche Personen, welche auf Grund der reichsgesetzlichen Bestimmungen einen Anspruch auf Invaliden- oder Altersrenten haben, um den Werth der letzteren oder zu einem geringeren Betrage zu ermässigen, sofern gleichzeitig die Beiträge der Betriebsunternehmer und Kassenmitglieder oder im Falle der Zustimmung der Betriebsunternehmer wenigstens diejenigen der Kassenmitglieder in entsprechendem Verhältnisse herabgemindert werden. Auf statutenmässige Kassenleistungen, welche vor dem betreffenden Beschlusse der zuständigen Organe oder vor dem 1. Januar 1891 aus der Kasse bewilligt worden sind, erstreckt sich die Ermässigung nicht.

Die hierzu erforderliche Abänderung der Statuten bedarf der Genehmigung der zuständigen Landesbehörde. Die letztere ist befugt, eine entsprechende Abänderung der Statuten ihrerseits mit rechtsgültiger Wirkung vorzunehmen, sofern die zu den erwähnten Kasseneinrichtungen beitragenden Betriebsunternehmer oder die Mehrheit der Kassenmitglieder die Abänderung beantragt haben, die letztere aber von den zuständigen Organen der Kasse abgelehnt worden ist.

Der Ermässigung der Beiträge bedarf es nicht, sofern die durch die Herabminderung der Unterstützungen ersparten Beträge zu anderen Wohlfahrtseinrichtungen für Betriebsbeamte, Arbeiter oder deren Hinterbliebene verwendet werden sollen und diese anderweite Verwendung durch das Statut geregelt und von der Aufsichtsbehörde genehmigt wird, oder soweit die Beiträge in der bisherigen Höhe erforderlich sind, um die der Kasse verbleibenden Leistungen zu decken.

§ 53 (38). Die Bestimmungen des § 46 Absatz 2 Ziffer 2 und des § 52 finden auch auf die zur Fürsorge für Invalidität und Alter bestehenden Kassen Anwendung, hinsichtlich deren auf Grund ortsstatutarischer Bestimmungen eine Verpflichtung zum Beitritte besteht.

§ 54 (39). Insoweit den nach Maassgabe der reichsgesetzlichen Bestimmungen zum Bezuge von Invalidenrenten berechtigten Personen ein gesetzlicher Anspruch auf Ersatz des ihnen durch die Invalidität entstandenen Schadens gegen Dritte zusteht, geht derselbe auf die Versicherungsanstalt bis zum Betrage der von dieser zu gewährenden Rente über.

### Unpfändbarkeit der Ansprüche.

§ 55 (40). Die Uebertragung der aus den reichsgesetzlichen Bestimmungen sich ergebenden Ansprüche auf Dritte sowie deren Verpfändung oder Pfändung hat nur insoweit rechtliche Wirkung, als sie erfolgt:

1. zur Deckung eines Vorschusses, welcher dem Berechtigten auf seine An-

weisung der Rente von seinem Arbeitgeber oder einem Organe der Versicherungsanstalt oder dem Mitglied eines solchen Organs gegeben worden ist;

2. zur Deckung der im § 850 Absatz 4 der Civilprozessordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 20. Mai 1898 (Reichs-Gesetzbl. S. 369) bezeichneten Forderungen;

3. zur Deckung von Forderungen der nach §§ 49, 51 ersatzberechtigten Gemeinden und Armenverbände sowie der an deren Stelle getretenen Betriebsunternehmer und Kassen.

Die Rentenforderungen dürfen nur auf Ersatzforderungen für bezogene Unfallrenten und Entschädigungen, soweit der Anspruch auf diese nach §§ 54, 113 Absatz 2 auf die Versicherungsanstalt übergegangen ist, auf geschuldete Beiträge, auf gezahlte Vorschüsse, auf zu Unrecht gezahlte Rentenbeträge, auf die zu erstattenden Kosten des Verfahrens und auf die von den Organen der Versicherungsanstalten verhängten Geldstrafen aufgerechnet werden.

Ausnahmsweise darf der Berechtigte den Anspruch auf die Rente ganz oder zum Theil auf andere übertragen, sofern dies von der unteren Verwaltungsbehörde genehmigt wird.

§§ 56—111 einschl. behandeln die Organisation der durch das Gesetz nothwendig gewordenen Einrichtungen uud Behörden: Mitwirkung der Landesverwaltungen, Versicherungsanstalten, Schiedsgerichte, Reichsversicherungsamt und Landesversicherungsämter (solche bestehen in Bayern, Sachsen, Württemberg, Baden, Hessen, Mecklenburg-Schwerin, Mecklenburg-Strelitz und Reuss ä. L.).

### Feststellung der Rente.

§ 112 (75). Der Anspruch auf Bewilligung einer Rente ist unter Einreichung der zur Begründung dienenden Beweisstücke, insbesondere der letzten Quittungskarte (§ 131) bei der für den Wohnort oder Beschäftigungsort des Versicherten und, wenn er einen solchen im Inlande nicht mehr hat, bei der für seinen letzten Wohnort oder Beschäftigungsort zuständigen unteren Verwaltungsbehörde oder Rentenstelle anzumelden. Die Landes-Centralbehörde ist befugt, anzuordnen, dass die Anmeldung bei einer anderen Behörde rechtswirksam erfolgen darf; letztere hat die Anmeldung an die für ihren Bezirk zuständige untere Verwaltungsbehörde oder Rentenstelle weiterzugeben.

Die untere Verwaltungsbehörde oder Rentenstelle hat die zur Klarstellung des Sachverhalts erforderlichen Erhebungen anzustellen und die Verhandlungen mit ihrer gutachtlichen Aeusserung (§§ 57—59, 79, 84 Absatz 1) dem Vorstande der für ihren Bezirk zuständigen Versicherungsanstalt zu übersenden.

Glaubt der Vorstand dem für die Gewährung einer Rente abgegebenen Gutachten der unteren Verwaltungsbehörde oder Rentenstelle nicht entsprechen zu können, so ist die Sache, soweit es sich um die Frage der Versicherungspflicht (§§ 1—7) oder des Versicherungsrechts (§ 14) oder um das Maass der Erwerbsfähigkeit des Rentenbewerbers (§§ 5, 15, 16) handelt, an die untere Verwaltungsbehörde oder die Rentenstelle zur Anhörung der Beisitzer (§ 59 Absatz 1) zurückzugeben, falls letztere noch nicht gehört sind.

Wird der angemeldete Anspruch anerkannt, so ist die Höhe und der Beginn der Rente sofort festzustellen. Dem Empfangsberechtigten ist sodann ein schriftlicher Bescheid zu ertheilen, aus welchem die Art der Berechnung zu ersehen ist.

Wird der angemeldete Anspruch nicht anerkannt, so ist derselbe durch schriftlichen, mit Gründen zu versehenden Bescheid abzulehnen.

§ 113 (76). Die Annahme, dass die Erwerbsunfähigkeit durch einen nach den

Unfallversicherungsgesetzen zu entschädigenden Unfall verursacht ist, begründet nicht die Ablehnung des Anspruchs auf Invalidenrente. Es ist vielmehr, sofern im übrigen die Voraussetzungen, unter denen eine Invalidenrente bewilligt werden darf, vorliegen, diese Rente festzustellen.

Ist sodann die Invalidenrente für einen Zeitraum gezahlt, für welchen dem Empfänger ein Anspruch auf Unfallrente zusteht, so geht dieser Anspruch insoweit auf die Versicherungsanstalt über, als die gewährte Invalidenrente die zu gewährende Unfallrente nicht übersteigt.

Die Versicherungsanstalten sind berechtigt, an Stelle des Verletzten die Feststellung der Unfallrente, soweit diese noch nicht erfolgt ist, zu beantragen und nöthigen Falls das durch die Unfallversicherungsgesetze vorgeschriebene Verfahren durchzuführen, auch an Stelle des Verletzten Rechtsmittel einzulegen, und zwar ohne Rücksicht auf Fristen, welche ohne ihr Verschulden verstrichen sind.

Die Versicherungsanstalten sind auch dann berechtigt, nach Absatz 3 die Feststellung von Unfallrenten herbeizuführen, wenn als Folge hiervon ein völliges oder theilweises Ruhen der Invaliden- oder Altersrente eintreten würde.

War in den Fällen des Absatz 1 von der Versicherungsanstalt ein Heilverfahren eingeleitet, so finden die Bestimmungen des § 21 entsprechende Anwendung.

Streitigkeiten aus Anlass des Ersatzanspruchs (Absatz 2, 5) werden durch das Reichs-Versicherungsamt entschieden.

§ 114 (77, 78). Gegen den Bescheid, durch welchen der Anspruch auf Invaliden- oder Altersrente abgewiesen wird, sowie gegen den Bescheid, durch welchen die Höhe und der Beginn der Rente festgestellt wird, steht dem Rentenbewerber die Berufung auf schiedsgerichtliche Entscheidung zu. Die Berufung hat keine aufschiebende Wirkung.

Zur Entscheidung über die Berufung ist dasjenige Schiedsgericht berufen, das für den Bezirk der unteren Verwaltungsbehörde oder Rentenstelle zuständig ist. Die Berufung ist bei Vermeidung des Ausschlusses innerhalb eines Monats nach der Zustellung des Bescheids bei diesem Schiedsgericht einzulegen.

Die Frist gilt auch dann als gewahrt, wenn innerhalb derselben die Berufung des Rentenbewerbers bei einer anderen Behörde eingegangen ist; letztere hat die Berufungsschrift ungesäumt an das zuständige Schiedsgericht abzugeben.

Der Bescheid muss die Bezeichnung der Berufungsfrist und des für die Berufung zuständigen Schiedsgerichts enthalten.

Eine Ausfertigung der Entscheidung des Schiedsgerichts ist dem Rentenbewerber sowie dem Vorstande der Versicherungsanstalt zuzustellen.

§ 115 (79). Das Schiedsgericht hat, wenn es den Anspruch auf Rente für begründet erachtet, zugleich die Höhe und den Beginn der Rente festzustellen. Hat das Schiedsgericht in besonderen Ausnahmefällen, welche das Reichs-Versicherungsamt näher bestimmen darf, den Anspruch auf Rente nur dem Grunde nach anerkannt und nicht gleichzeitig über die Höhe und den Beginn der Rente entschieden, so hat der Vorstand der Versicherungsanstalt in denjenigen Fällen, in welchen das Rechtsmittel der Revision eingelegt wird, vorläufige Rentenbeträge unverzüglich zu bewilligen. Gegen die vorläufige Bewilligung von Rentenbeträgen findet ein Rechtsmittel nicht statt. Sobald der Anspruch auf Rente rechtskräftig feststeht, hat der Vorstand deren Höhe und Beginn, sofern dies nicht bereits früher geschehen ist, festzustellen (§ 112). Die vorläufig gezahlten Beträge werden auf die endgültig angewiesene Rente angerechnet.

Die §§ 116, 117 (80, 81) handeln von der Revision und der Entscheidung darüber durch das Reichsversicherungsamt.

§ 118. Die Versicherungsanstalten sind befugt, von der Rückforderung der gemäss §§ 115—117 vor rechtskräftiger Entscheidung gezahlten Rentenbeträge abzusehen.

§ 119 (82). Auf die Anfechtung der rechtskräftigen Entscheidung über einen Anspruch auf Rente finden die Vorschriften der Civilprocessordnung über die Wiederaufnahme des Verfahrens entsprechende Anwendung, soweit nicht durch Kaiserliche Verordnung mit Zustimmung des Bundesraths ein anderes bestimmt wird.

§ 120 (84). Die Wiederholung eines Antrags auf Bewilligung einer Invalidenrente, welcher wegen des Fehlens dauernder Erwerbsunfähigkeit endgültig abgelehnt worden war, ist vor Ablauf eines Jahres seit der Zustellung der endgültigen Entscheidung nur dann zulässig, wenn glaubhaft bescheinigt wird, dass inzwischen Umstände eingetreten sind, aus denen sich das Vorhandensein der dauernden Erwerbsunfähigkeit des Antragstellers ergiebt. Sofern eine solche Bescheinigung nicht beigebracht wird, hat die untere Verwaltungsbehörde oder Rentenstelle den vorzeitig wiederholten Antrag durch Verfügung, gegen welche ein Rechtsmittel nicht stattfindet, zurückzuweisen.

§ 121 (85). Ueber die Entziehung der Rente (§ 47) sowie die Einstellung von Rentenzahlungen (§ 48) erlässt der Vorstand schriftlichen mit Gründen zu versehenden Bescheid.

Vor der Entscheidung ist die für den Wohnort des Rentenempfängers zuständige untere Verwaltungsbehörde oder Rentenstelle gutachtlich zu hören (§§ 57—59, 79, 84 Absatz 1).

Der § 112 Absatz 3 und die §§ 114, 116—119 finden im Uebrigen entsprechende Anwendung.

§ 122 (86). Der unteren Verwaltungsbehörde oder Rentenstelle ist von allen auf ihre Begutachtung hin vom Vorstande getroffenen Entscheidungen Kenntniss zu geben. Sofern Rentenstellen errichtet sind, hat der Vorstand ausserdem der für den Wohnort des Rentenempfängers zuständigen unteren Verwaltungsbehörde über die dem Berechtigten zustehenden Bezüge Mittheilung zu machen. Das Gleiche gilt beim Eintritte von Veränderungen.

## Auszahlung der Renten.

§ 123 (91). Die Auszahlung der Renten wird auf Anweisung des Vorstandes der nach § 112 Absatz 2 zuständigen Versicherungsanstalt vorschussweise durch die Postverwaltungen, und zwar in der Regel durch diejenige Postanstalt bewirkt, in deren Bezirke der Empfangsberechtigte zur Zeit des Antrags auf Bewilligung der Rente seinen Wohnsitz hatte. Der Vorstand der Versicherungsanstalt hat dem Berechtigten die mit der Zahlung der Rente beauftragte Postanstalt zu bezeichnen.

Verlegt der Empfangsberechtigte seinen Wohnsitz, so hat auf seinen Antrag der Vorstand der Versicherungsanstalt, welcher die Rente angewiesen hatte, die letztere an die Postanstalt des neuen Wohnorts zur Auszahlung zu überweisen.

Die Central-Postbehörden sind berechtigt, von jeder Versicherungsanstalt einen Betriebsfonds einzuziehen. Derselbe ist in vierteljährlichen oder monatlichen Theilzahlungen an die den Versicherungsanstalten von der Central-Postbehörde zu bezeichnenden Kassen abzuführen und darf die für die Versicherungsanstalt im laufenden Rechnungsjahre voraussichtlich auszuzahlenden Beträge nicht übersteigen.

§§ 124—127 handeln von der Rechnungsstelle des Reichsversicherungsamtes, von der Vertheilung der Renten (Reichszuschuss etc.) und der Erstattung der Vorschüsse der Postverwaltungen.

§ 128 handelt von der Erstattung von Beiträgen, § 129 von der Entscheidung

durch Rentenstellen, § 130 von den Marken, §§ 131—139 von der Quittungskarte, §§ 140—143 von der Entrichtung der Beiträge durch die Arbeitgeber, §§ 144—145 von der Entrichtung der Beiträge durch die Versicherten, §§ 146—147 von den unwirksamen Beiträgen, §§ 148—153 von der Einziehung der Beiträge, § 154 von der Abrundung, §§ 155—160 von den Streitigkeiten und deren Erledigung, §§ 161—163 von der Controle, §§ 164—165 von der Vermögensverwaltung, § 167 von besonderen Bestimmungen für Seeleute, § 168 von der Beitreibung, § 170 von den Zustellungen, § 171 von der Gebühren- und Stempelfreiheit, § 172 von der Rechtshülfe, §§ 175—188 von Strafbestimmungen, §§ 189—193 von den Uebergangsbestimmungen und § 194 von der Gesetzeskraft.

## b) Höchstgerichtliche Entscheidungen.

### Versicherungspflicht der Pflegepersonen.

No. VII der Anleitung des Reichsversicherungsamtes, betreffend den Kreis der nach dem Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetz zu versichernden Personen vom 31. October 1890, führt aus:

„Abweichend von den Reichsgesetzen über die Kranken- und Unfallversicherung, welche den Eintritt der Versicherung an bestimmte Betriebe knüpfen, wird von dem Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetz die arbeitende Bevölkerung sämmtlicher Berufszweige erfasst und werden alle Personen, welche als Arbeiter oder als untergeordnete Betriebsbeamte ihre Arbeitskraft gegen Lohn für Andere verwerthen, dem Versicherungszwange unterworfen. Es fallen daher sowohl die in der Landwirthschaft, der Industrie und dem Handel, wie die in der Hauswirthschaft, im Reichs-, Staats- oder Communaldienste, für kirchliche und Schulzwecke u. s. w. als Arbeiter, Gehilfen, Gesellen, Lehrlinge, Dienstboten, Betriebsbeamte, Handlungsgehilfen oder Handlungslehrlinge Beschäftigten unter das Gesetz, sofern die sonstigen gesetzlichen Voraussetzungen der Versicherungspflicht bei ihnen zutreffen. Diejenigen Personen dagegen, die nicht mit ausführenden Arbeiten vorwiegend materieller Art, sondern mit einer ihrer Natur nach höheren, mehr geistigen (wissenschaftlichen, künstlerischen u. s. w.) Thätigkeit beschäftigt werden und durch ihre sociale Stellung über den Personenkreis sich erheben, der nach dem gewöhnlichen Sprachgebrauch und vom Standpunkt wirthschaftlicher Auffassung dem Arbeiter- und niederen Betriebsbeamtenstande angehört, unterliegen nicht der Versicherungspflicht. Dieselbe erstreckt sich ebenso wie die Versicherungsberechtigung gleichmässig auf männliche und weibliche, unverheirathete und verheirathete Personen; auch die im Inlande beschäftigten ausländischen Arbeiter sind versicherungspflichtig. Von der Dauer der Beschäftigung ist die Versicherungspflicht nach dem Gesetze nicht abhängig, sondern auch durch vorübergehende Hilfeleistungen begründet. Bei denjenigen Personen, die berufsmässig persönliche Dienstleistungen bei wechselnden Arbeitgebern übernehmen, kommt es darauf an, ob sie als selbständige Gewerbetreibende oder unselbständige Lohnarbeiter anzusehen sind. Zu den ersteren gehören z. B. Hebammen, Wartefrauen, Krankenpfleger, die, soweit sie nicht in Anstalten thätig sind, demnach nicht versicherungspflichtig, sondern nur versicherungsberechtigt sind."

Vorbedingung der Versicherung ist die Beschäftigung gegen Lohn oder Gehalt, deshalb fallen auch die Diakonissen, barmherzigen Schwestern u. s. w. nicht unter das Gesetz, da bei ihnen der Gesichtspunkt des Erwerbes fortfällt. Dasselbe gilt betreffs der in Kranken-, Irren- und Idiotenanstalten, sowie in Anstalten für Epileptische untergebrachten Personen; denn bei ihnen dürfte kaum jemals von einer Beschäftigung gegen Lohn die Rede sein."

Demnach sind alle Pfleger und Pflegerinnen, bei denen der Gesichtspunkt des Erwerbes fortfällt, zum Beispiel die „barmherzigen Schwestern", „Diakonissen", „Rothekreuzschwestern", soweit sie nicht unmittelbar für ihre Dienste vom Pflegenehmer bezahlt werden oder von ihrem Mutterhaus ein tägliches Honorar für die Pflege erhalten, sondern nur in uneigennütziger Weise im Dienste der Nächstenliebe thätig sind, nicht versicherungspflichtig.

Ferner sind nicht versicherungspflichtig die Pflegepersonen, die als gewerbliche Unternehmer anzusehen sind, d. h. die selbständigen Pfleger und Pflegerinnen, die nicht in ein festes Dienstverhältniss zu einzelnen Personen oder gewerblichen Unternehmungen, öffentlichen Anstalten, Vereinen etc. getreten sind. Alle Diejenigen, die ein solches Dienstverhältniss des Erwerbes wegen eingegangen sind, unterliegen dagegen der Versicherungspflicht. Hierher gehören Pfleger, Pflegerinnen, Wärter und Wärterinnen, die einer Krankenpflegegenossenschaft nicht angehören oder von ihr unterhalten werden, sondern gegen Lohn in Krankenanstalten oder auch ausserhalb derselben thätig sind, ihren Lohn aber nicht von den Pflegenehmern, sondern von der Anstaltsleitung etc. empfangen. Die Revisionsentscheidung des Reichsversicherungsamtes vom 8. Februar 1899 hat diese Frage in umfassender Weise erörtert.

Die selbständigen Pfleger und Pflegerinnen sind jedoch nach § 14 des Gesetzes vom 19. Juli 1899 berechtigt, freiwillig in die Invalidenversicherung einzutreten, so lange sie das 40. Lebensjahr nicht vollendet haben. —

Das Wärterpersonal einer landwirthschaftlichen Kolonie für Geisteskranke ist versicherungspflichtig, nicht aber sind es die Pfleglinge in Anstalten, die zu Heilzwecken dienen.

(Bescheid des Reichsversicherungsamtes vom 8. Mai 1896.)

„Das Reichsversicherungsamt hat dahin entschieden, dass nicht die Pfleglinge, wohl aber deren Wärter versicherungspflichtig sind. Es hat dabei in Uebereinstimmung mit der überwiegenden Mehrheit der um ihre Meinung befragten Vorstände der landwirthschaftlichen Berufsgenossenschaften angenommen, dass die in Pflegeanstalten zu Heilzwecken aufgenommenen geisteskranken Personen, soweit sie nur seitens der Anstalt und innerhalb des räumlichen Gebietes derselben beschäftigt werden, grundsätzlich als nicht im Betriebe beschäftigte Personen im Sinne der Arbeiterversicherungsgesetze anzusehen seien, dass dagegen die mit Bewachung und Pflege der Geisteskranken betrauten Wärter, insoweit als sie entweder unmittelbar durch eigene Thätigkeit oder mittelbar durch die Anleitung und Beaufsichtigung der Geisteskranken zum Nutzen eines mit der Anstalt verbundenen landwirthschaftlichen Betriebes thätig werden, als in diesem Betriebe beschäftigte Personen zu behandeln sind."

Schliesslich besagt die Entscheidung des Reichs-Versicherungsamtes vom 24. Juni 1897 unmittelbar, dass Pfleglinge öffentlicher und privater Wohlthätigkeitsanstalten (Siechen-, Blinden- etc. Anstalten), die behufs ihrer Ausbildung und behufs Gewinnung eines geringen Zuschusses zu ihrem Unterhalt mit Flechten von Korbwaaren etc. beschäftigt werden, nicht versicherungspflichtig sind, da es sich nicht um einen gewerbsmässigen, d. h. auf Erzielung von Gewinn gerichteten Betrieb handelt.

### Die Erwerbsunfähigkeit im Sinne des Invalidenversicherungsgesetzes.

Ueber den Begriff der Erwerbsunfähigkeit im Sinne des § 15 des Invalidenversicherungsgesetzes (früher § 9) spricht sich das Reichs-Versicherungsamt in zwei Revisionsentscheidungen (Amtl. Nachr. d. R. V. A., I. u. A. V. 1893, SS. 55, 56) wie folgt aus:

„Nach der Gesetzesvorschrift des § 9 (jetzt § 15), welche nur von der Unfähigkeit, Lohnarbeit zu verrichten, spricht, nicht aber von der Unfähigkeit, die bisher ausgeführte Lohnarbeit weiter zu verrichten, muss davon ausgegangen werden, dass der Anspruch auf Invalidenrente nur dann begründet ist, wenn der Versicherte nicht nur in seinem Beruf, sondern überhaupt durch irgend welche seinen Kräften und Fähigkeiten entsprechende Lohnarbeit den gedachten Betrag nicht mehr zu verdienen vermag. Es ist dies derselbe Grundsatz, den das Reichs-Versicherungsamt auch auf dem Gebiete der Unfall-Versicherung befolgt, indem es dort annimmt, dass bei der Beurtheilung der Erwerbsfähigkeit eines Verletzten nicht lediglich das bisherige Arbeitsfeld des Verletzten in Rücksicht gezogen werden dürfe, sondern der körperliche und geistige Zustand in Verbindung mit der Vorbildung des Verletzten, und die Fähigkeit, auf dem gesammten Gebiete des wirthschaftlichen Lebens sich einen Erwerb zu schaffen."

„Unzutreffend ist die Ansicht, dass der Kläger schon deshalb als dauernd erwerbsunfähig im Sinne des Gesetzes gelten müsse, weil er seinem bisherigen Berufe als Maschinenwärter nie wieder werde nachgehen können. Denn unter Erwerbsfähigkeit im Sinne dieser Vorschrift ist, wie der Wortlaut und die Entstehungsgeschichte unzweideutig erkennen lassen, nicht das Unvermögen, die schweren oder auch nur die gewöhnlichen Arbeiten des bisherigen Berufes verrichten zu können (Berufsinvalidität), sondern die Unfähigkeit zu verstehen, weder in dem bisherigen Beruf, noch durch anderweite für die betreffende Person geeignete Thätigkeit die im § 9 (§ 15) bezeichnete Quote zu verdienen. Bei Prüfung dieser Frage sind nun allerdings die individuellen Kräfte und Fähigkeiten insofern nicht ohne Bedeutung, als es nicht angehen würde, den Rentenbewerber auf eine Thätigkeit zu verweisen, die er mit den ihm zu Gebote stehenden Kräften und Fähigkeiten offenbar ausser Stande ist zu leisten. Indessen kann nicht anerkannt werden, dass ein im 45. Lebensjahre stehender Mann, der bisher als Maschinenwärter beschäftigt war, ohne Weiteres zu jeder anderen Lohnarbeit untauglich sein sollte. Es giebt vielmehr sowohl in der Industrie als auch in anderen Betrieben erfahrungsgemäss viele Arbeiten, welche als seinen „Kräften und Fähigkeiten entsprechend" bezeichnet werden können."

Ueber den Begriff „Erwerbsunfähigkeit" im Sinne des Invalidenversicherungsgesetzes besagt weiter die Entscheidung des Reichs-Versicherungsamtes vom 24. Februar 1898:

„Für die Beurtheilung des Grades der Erwerbsunfähigkeit im Sinne des Invaliditätsgesetzes kommt die Frage, ob der Kläger passende Beschäftigung findet, nicht in Betracht, weil es nicht auf die grössere oder geringere Arbeitsgelegenheit, sondern nur darauf ankommt, ob er noch fähig ist, den Mindestlohn durch eine seinen Kräften und Fähigkeiten entsprechende Lohnarbeit zu erzielen. Ebensowenig fällt für jene Frage ins Gewicht, ob der Kläger durch den erzielten Verdienst seine Familie zu ernähren vermag, da dieser Umstand im Alters- und Invaliditätsgesetz nicht berücksichtigt ist."

Die Entscheidung des Reichs-Versicherungsamtes vom 7. März 1898 besagt ferner ausdrücklich, dass ein mit Epilepsie behafteter Arbeiter nicht schon deshalb als invalide anzusehen ist, weil ihm durch sein Leiden die Arbeitsgelegenheit beschränkt wird, sondern nur dann, wenn durch das Leiden sein völliger Ausschluss vom Arbeitsmarkt bewirkt wird. —

Eine mit Erwerbsunfähigkeit verbundene Krankheit kann als festgestellt angenommen werden, wenn auch objective Merkmale für eine bestimmte Art der Erkrankung fehlen. Entscheidung des Reichs-Versicherungsamtes vom 3. Juli 1897:

„Der vom Schiedsgericht anerkannte Satz, dass es die Erwerbsunfähigkeit bedingende Leiden gebe, welche sich der objectiven ärztlichen Feststellung entziehen, konnte bei dem gegenwärtigen Stande der ärztlichen Wissenschaft nicht als irrig bezeichnet werden. Erfahrungsgemäss kommen nicht selten innere Krankheiten vor, deren besondere Natur sich ungeachtet fortgesetzter Beobachtung lange Zeit hindurch nicht bestimmen lässt. Wenn hiernach im vorliegenden Falle, wo selbst der zuletzt gehörte Arzt gewisse Anzeichen einer Krankheit, wie: blasses, leidendes Aussehen, vorhandene Blutarmuth, abnormen Pulsschlag etc. ermittelte, während der Krankenkassenarzt, welcher den Kläger lange Zeit hindurch behandelt hatte, das Leiden als „Schrumpfniere“ schon am 15. März 1896 erkannt zu haben glaubte, das Schiedsgericht aus der langen Dauer des leidenden Zustandes in Verbindung mit den eigenen Angaben und dem persönlichen Eindruck des Klägers den Schluss gezogen hat, dass seit dem 5. September 1895 eine mit Erwerbsunfähigkeit verbundene Krankheit im Sinne der §§ 17 Absatz 2 und 10 des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes vorhanden gewesen sei, so kann diese Annahme weder als aktenwidrig noch als rechtsirrthümlich behandelt werden.“

Dauernde Erwerbsunfähigkeit im Falle eines nur durch Operation zu beseitigenden schweren Leidens tritt nach der Entscheidung des Reichs-Versicherungsamtes vom 12. December 1893 dann ein, wenn der ohne operativen Eingriff unheilbare Zustand der Erwerbsunfähigkeit objectiv vorhanden ist.

Nach der Entscheidung des Reichs-Versicherungsamtes vom 22. Januar 1896 hängt der Begriff der Erwerbsfähigkeit bei Hausgewerbetreibenden der Textilindustrie gemäss § 29 Absatz 2 des Invalidenversicherungsgesetzes nicht von der Grösse des täglichen Verdienstes des Lohnes ab, sondern davon, ob die betreffend Person thatsächlich erwerbsfähig war oder nicht.

Zum Begriff der mit Erwerbsunfähigkeit verbundenen Krankheit gemäss § 30 Absatz 2 des Invalidenversicherungsgesetzes ist nach der Entscheidung des Reichs-Versicherungsamtes vom 2. März 1895 nicht nöthig, dass der Invalide damals schon invalid im Sinne des Gesetzes gewesen ist, sondern nur eine Krankheit, die die Einstellung der versicherungspflichtigen Thätigkeit verlangte.

Der Nachweis von solchen anrechnungsfähigen Krankheiten kann nach der Entscheidung des Reichs-Versicherungsamtes vom 30. März 1895, wenn ein Arzt nicht zugezogen worden ist, auch durch glaubwürdige Personen geschehen (durch den Hauswirth etc.).

Der Wiedereintritt der Erwerbsfähigkeit im Sinne des § 47 Absatz 1 des Invalidenversicherungsgesetzes kann nicht angenommen werden, so lange der bisher Erwerbsunfähige noch der Schonung bedarf und die Wiederaufnahme der Arbeit seine Gesundheit gefährden könnte. Die Entscheidung des Reichs-Versicherungsamtes vom 21. Februar 1899 führt darüber Folgendes aus:

„Nach dem ärztlichen Gutachten des Dr. G. vom 9. Mai 1898 ist für die Klägerin noch Enthaltung von der Arbeit geboten, um zu verhüten, dass sie nicht wieder erwerbsunfähig wird. Solche Zeiten der Schonung sind, wie das Reichs-Versicherungsamt wiederholt entschieden hat, einer mit Erwerbsunfähigkeit verbundenen Krankheit gleich zu achten. Dieser Grundsatz trifft auch zu für den hier vorliegenden Fall des § 33 Absatz 1 des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes. Ein Rentenempfänger hört nicht schon dann auf, erwerbsunfähig zu sein, wenn er zwar an sich schon wieder im Stande ist durch Lohnarbeit den gesetzlichen Mindestverdienst zu erreichen, aber Gefahr läuft, durch Verrichtung der Arbeit seine Erwerbsfähigkeit wieder zu verlieren, er also, um dieses zu vermeiden, die Wiederaufnahme der vollen Arbeit einstweilen unterlassen oder sich doch Schonung auf-

erlegen und bis zur Wiedergewöhnung an die Arbeit und Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit in der Bethätigung seiner Arbeitskraft angemessen beschränken muss. Erst wenn die Kräftigung so weite Fortschritte gemacht hat, dass eine Verschlimmerung des Zustandes durch Ausübung einer versicherungspflichtigen Beschäftigung nicht mehr zu besorgen ist, erscheint die Annahme begründet, welche die Anwendung des § 33 Absatz 1 a. a. O. rechtfertigt, dass der Rentenempfänger nicht mehr dauernd erwerbsunfähig sei.

Diese Grundsätze entsprechen auch den Gesichtspunkten, von denen auf dem verwandten Gebiete der Unfallversicherung das Reichsversicherungsamt sich bei der Auslegung und Ausgestaltung der §§ 65 und 7 des Unfallversicherungsgesetzes hat leiten lassen."

Ueber den Begriff der Erwerbsunfähigkeit im Sinne des § 5 des Invaliden-Versicherungsgesetzes spricht sich schliesslich die Entscheidung des Reichs-Versicherungsamtes vom 31. October 1900 folgendermaassen aus:

„Für die Feststellung, ob ein Rentenbewerber erwerbsunfähig im gesetzlichen Sinne ist, bedarf es der Beantwortung zweier, von einander zu trennender Fragen, nämlich einmal der Frage, wo die Grenze zwischen Erwerbsfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit liegt, wieviel der Antragsteller also noch zu verdienen im Stande sein müsste, um nicht erwerbsunfähig zu sein, und sodann der Frage, wie hoch die Leistungsfähigkeit des Antragstellers zu schätzen ist, wieviel also diese bestimmte Person noch durch Arbeit zu verdienen vermag. Diese beide Fragen müssen namentlich dann auseinander gehalten werden, wenn, was zwar an sich nicht nothwendig, aber doch sehr wohl zulässig und auch im vorliegenden Falle geschehen ist, die Verdienstgrenze einerseits und die Leistungsfähigkeit des Klägers anderseits im Gelde ziffermässig ausgedrückt werden, die erstere in Gestalt des sogenannten Mindestlohnes, die letztere in Gestalt des höchsten noch erreichbaren Verdienstes. Den Mindestlohn umschreibt das Invaliden-Versicherungsgesetz im § 5, Absatz 4 als „ein Drittel desjenigen, was körperlich und geistig gesunde Personen derselben Art mit ähnlicher Ausbildung in derselben Gegend durch Arbeit zu verdienen pflegen". Das Maass der eigenen Leistungsfähigkeit des Rentenanwärters aber bildet nach dem Gesetz derjenige Betrag, den Jemand durch eine seinen Kräften und Fähigkeiten entsprechende Thätigkeit, die ihm unter billiger Berücksichtigung seiner Ausbildung und seines bisherigen Berufs zugemuthet werden kann, zu erwerben im Stande ist. In beiden Punkten weicht die neue Fassung von der des § 9, Absatz 3 des Invaliditäts- und Alters-Versicherungsgesetzes erheblich ab.

Was zunächst die zweite, weniger schwierige Frage nach dem Grade der noch in Wirklichkeit vorhandenen Erwerbsfähigkeit anlangt, so handelt es sich insoweit bei dem neuen Wortlaut der gesetzlichen Vorschrift im Wesentlichen um eine reine Fassungsänderung. Bereits bei der Auslegung des § 9, Absatz 3 des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes hat das Reichs-Versicherungsamt ständig daran festgehalten, dass es einerseits nicht auf die blosse Unfähigkeit zu den Arbeiten des bisherigen Berufs ankomme, die Erwerbsunfähigkeit des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes nicht als Berufsinvalidität zu verstehen sei, dass aber andererseits bei der Prüfung der Frage, ob die Lohnarbeit in anderen Erwerbszweigen eine „den Kräften und Fähigkeiten" des Rentenbewerbers „entsprechende" sei, auch auf seine Vorbildung und sonstige Lebensumstände, z. B. sein Lebensalter, billige Rücksicht genommen werden müsse. In Uebereinstimmung hiermit wird in der Begründung des Entwurfs der neuen Vorschrift ausgeführt, die Erweiterung des Gesetzes zu einer Versicherung gegen Berufsinvalidität sei nicht in Aussicht genommen, es komme darauf an, was dem Rentenbewerber an Lohnarbeit auf dem gesammten wirthschaft-

lichen Erwerbsgebiete füglich noch zugemuthet werden könne, wobei er aber allerdings nicht auf eine ihm völlig fremde, körperlich oder geistig ungeeignete Beschäftigung verwiesen werden dürfe; dies entspreche der bisherigen Rechtsübung. . . .

Hinsichtlich der Höhe des Mindestlohnes bedeutet die neue Begriffsbestimmung nicht nur eine Verbesserung der Fassung, sondern zugleich eine inhaltliche Aenderung, und zwar einmal dahin, dass an die Stelle einer aus festen Grössen zu berechnenden eine nur schätzungsweise zu ermittelnde Ziffer tritt, dann aber auch dahin, dass der Mindestlohn wenigstens für manche Klassen von Versicherten beträchtlich höher gesetzt wird. Dies wird klar, wenn man sich vergegenwärtigt, welche Tragweite es hat, dass der Mindestverdienst sich nach dem Verdienst einer gesunden Person „derselben Art mit ähnlicher Ausbildung“ bemessen soll.

Wenn auch die Ausdrücke „derselben Art“ und „mit ähnlicher Ausbildung“ der thatsächlichen Beurtheilung des einzelnen Falles einen gewissen Spielraum lassen und nicht etwa dazu nöthigen, nur genau dieselbe besondere Berufsstellung zu berücksichtigen, die der Rentenanwärter, insbesondere zuletzt eingenommen hat, so unterliegt es doch keinem Bedenken, dass nicht ein ganz anderes Erwerbsgebiet mit wesentlich abweichenden wirthschaftlichen Verhältnissen herangezogen werden darf. Unverkennbar bedeutet freilich hiernach die neue Begriffsbestimmung der Erwerbsunfähigkeit, wenn auch nicht, wie bereits erörtert, in Ansehung des dem Rentenbewerber noch erreichbaren Verdienstes, so doch in Ansehung der Verdienstgrenze eine gewisse Annäherung an den Gedanken der Berufsinvalidität. Obgleich auch künftig dem Facharbeiter die Verwerthung der ihm verbliebenen geminderten Arbeitskraft in anderen Beschäftigungszweigen zuzumuthen ist, wird er doch damit den nach seinem bisherigen Beruf bemessenen regelmässigen Durchschnittsverdienst, z. B. wegen ungünstigerer Lohnverhältnisse, weniger leicht erzielen, als nach dem Recht des Invaliditäts- und Alterversicherungsgesetzes, mithin eher als invalide anzuerkennen sein. . . .“

## Sonstiges.

Der Invalidenrentenbewerber ist verpflichtet, sich ärztlich untersuchen zu lassen zur Feststellung seiner Invalidität, andernfalls muss er — wie die Entscheidung des Reichs-Versicherungsamts vom 9. Februar 1898 No. 671 ausführt — gewärtig sein, dass der nach Lage der Acten ungünstigste Schluss in Beziehung auf seinen Zustand gezogen wird:

„Das Schiedsgericht hat angenommen, dass der für das Gebiet der Unfallversicherung in den Recursentscheidungen 654, 1217 und 1219 ausgesprochene Grundsatz, wonach die Vereitelung einer Untersuchung durch den Verletzten bezw. Versicherten zur Folge hat, dass der nach Lage der Acten zulässige ungünstige Schluss bezüglich des Zustandes des Versicherten gezogen werden darf, auch auf dem Gebiete der Invaliditäts- und Altersversicherung Anwendung zu finden habe. Diese Auffassung ist rechtlich unbedenklich. Allerdings ist auf dem letzteren Gebiete naturgemäss die Anwendbarkeit dieses Grundsatzes eine beschränktere insofern, als es sich bei der Invaliditäts- und Altersversicherung lediglich um die Frage handelt, ob Invalidität vorliegt, bezw. ob sie nicht mehr vorliegt (§ 33 des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes). Ebenso liegt es in der Natur der Sache, dass dieser Grundsatz, wie er bei der Unfallversicherung überwiegend in den Fällen des § 65 des Unfallversicherungsgesetzes praktisch wird, auch bei der Invaliditäts- und Altersversicherung hauptsächlich bei der Anwendung des § 33 des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes in Frage kommen wird.

Der Umstand, dass im Gebiete der Unfallversicherung die Berufsgenossenschaft

die Rente von Amtswegen (ohne Antrag) festzusetzen hat, und gemäss § 65 des Unfallversicherungsgesetzes eine einmal festgesetzte Rente jeder Zeit herabgesetzt bezw. entzogen werden darf, während auf dem Gebiete der Invaliditäts- und Altersversicherung für die Rentenfestsetzung (nicht aber auch für die Rentenentziehung — 38 —) ein Antrag des Berechtigten unumgänglich ist, kann jedenfalls die Auffassung nicht rechtfertigen, dass der in Rede stehende Grundsatz an sich auf dem Gebiete der Invaliditäts- und Altersversicherung keine oder nur eine eingeschränktere Geltung haben solle, als auf dem ersteren Gebiet. Denn wenn einmal ein Antrag auf Bewilligung der Invalidenrente gestellt ist, ergiebt sich für die Versicherungsanstalt dieselbe Rechtslage, wie sie für die Berufsgenossenschaft bei dem Unfall eines Versicherten von vornherein gegeben ist. Im Uebrigen ist in den Fällen der erstmaligen Rentenfestsetzung auf beiden Gebieten die Lage des Versicherten gleichmässig dahin aufzufassen, dass er einen Nachtheil erleidet, nicht weil er der Pflicht, eine Untersuchung zu dulden, sich entzogen hat, sondern weil es ihm zur Last fällt, dass ein für die Begründung seines Anspruchs nothwendiger Beweis nicht erbracht ist bezw. nicht erbracht werden kann; insoweit läuft also die Anwendung des in Rede stehenden Grundsatzes im Wesentlichen auf eine Beweisfrage hinaus."

Zu denjenigen ärztlichen Untersuchungen, die ein Versicherter zur Feststellung seiner Invalidität zu dulden verpflichtet ist, gehört auch die Magenausspülung (Entscheidung des Reichs-Versicherungsamtes v. 3. Juli 1897).

„Die Magenausspülung ist an und für sich zweifellos eine Maassregel, zu deren Duldung der Versicherte verpflichtet ist, im vorliegenden Falle würde es aber mindestens der Billigkeit entsprochen haben, wenn das Schiedsgericht, bevor es aus der Ablehnung dieser Ausspülung den Schluss zog, dass dauernde Erwerbsunfähigkeit nicht erweislich sei, den Kläger über die Folgen seiner Weigerung aufgeklärt hätte, und dies um so mehr, als die Acten über die Gründe der Weigerung des Genannten, die ja möglicher Weise berechtigter oder ganz vorübergehender Natur sein konnten, nichts ergaben, und aus den Acten auch nicht hervorging, ob dem Kläger über den Zweck der bezeichneten ärztlichen Maassregel, betreffs deren bei ihm nicht ohne Weiteres richtige Vorstellungen vorausgesetzt werden konnten, irgend welcher Aufschluss gegeben worden war."

Nach der Entscheidung des Reichs-Versicherungsamtes vom 25. Juni 1896 tritt jedoch der Verlust des Anspruchs auf Invalidenrente nicht ein, wenn sich ein bereits dauernd erwerbsunfähiger Rentenbewerber dem ihm angebotenen Heilverfahren entzieht. Anderseits ist nach der Entscheidung des Reichs-Versicherungsamtes vom 10. Oktober 1896 eine Verurtheilung der Versicherungsanstalt zur Tragung der Kosten des Heilverfahrens unzulässig; es handelt sich nur um Rente und Beitragserstattung.

Die berechtigte oder unberechtigte Rentenentziehung bei Weigerung eines Invalidenrentenempfängers, sich zwecks Prüfung, ob er die Erwerbsfähigkeit wieder erlangt habe, in einem Krankenhause beobachten zu lassen, wird ausführlich noch in der Entscheidung des Reichs-Versicherungsamtes vom 8. Mai 1900, wie folgt, erörtert:

„In der Revisionsentscheidung 671, siehe S. 856, ist bereits ausgeführt, dass der für das Gebiet der Unfallversicherung ausgesprochene Grundsatz, wonach die Vereitelung einer Untersuchung durch den Verletzten beziehungsweise Versicherten zur Folge hat, dass der nach Lage der Akten zulässige ungünstige Schluss bezüglich des Zustandes des Versicherten gezogen werden darf, auf dem Gebiete der Invaliditäts- und Altersversicherung, insbesondere auch in dem Verfahren, betreffend Entziehung einer Invalidenrente, entsprechende Anwendung zu finden habe. Insofern

also gehen sowohl der angefochtene Bescheid, als auch das Schiedsgerichtsurtheil von einwandsfreien Grundsätzen aus. Mit Recht aber rügt die Revision die Annahme, dass die Beklagte berechtigt gewesen sei, den obigen Grundsatz dem Kläger gegenüber anzuwenden. Wie nämlich schon der Ausdruck „Vereitelung“ besagt, und wie auch das Reichs-Versicherungsamt auf dem Gebiete der Unfallversicherung in zahlreichen Recursentscheidungen des Näheren ausgeführt hat, ist jener Grundsatz nur dann anwendbar, wenn das Verhalten des Klägers ein schuldhaftes ist, d. h. wenn er grundlos eine ärztliche Untersuchung verhindert. Eine grundlose Weigerung wird aber nur angenommen werden können, wenn das Verlangen der Versicherungsanstalt ein berechtigtes war. Als ein solches kann dasselbe lediglich unter der Voraussetzung anerkannt werden, dass die Annahme begründet war, in den Verhältnissen des Klägers sei eine Veränderung eingetreten, welche ihn nicht mehr als dauernd erwerbsunfähig erscheinen lässt. Dies wird umsomehr dann verlangt werden müssen, wenn es sich, wie im vorliegenden Falle, um die Unterbringung eines verheiratheten Mannes in einem Krankenhause zwecks Beobachtung handelt, wie ja auch durch Absatz 2 des § 47 des Invalidenversicherungsgesetzes in Verbindung mit den dort angezogenen weiteren Vorschriften für den manche Vergleichungspunkte bietenden Fall der Einleitung eines Heilverfahrens bestimmt ist, dass der Empfänger einer Invalidenrente nur dann verpflichtet ist, sich einem Heilverfahren zu unterwerfen, wenn die Annahme begründet ist, dass er bei Durchführung eines solchen die Erwerbsfähigkeit wieder erlangen werde, dass ferner nur dann ihm Nachtheile erwachsen können, wenn er sich den angeordneten Maassnahmen ohne gesetzlichen oder sonst triftigen Grund entzogen hat, dass endlich die Unterbringung eines verheiratheten Rentenempfängers in einem Krankenhause zwecks Durchführung des Heilverfahrens sogar von dessen Zustimmung abhängig ist. Dass aber die Beklagte einen ausreichenden Grund zu der Annahme gehabt hätte, in den Verhältnissen des Klägers sei eine Veränderung eingetreten, welche ihn nicht mehr als erwerbsunfähig erscheinen lasse, ist nicht zuzugeben. Das ärztliche Gutachten erklärt vielmehr ausdrücklich: „Eine Wendung zum Besseren gegenüber den früheren Verhältnissen scheint nicht eingetreten zu sein“. Allerdings fährt es fort: „wenn nicht für die Bewilligung der Rente der Umstand maassgebend gewesen ist, dass der Rentenempfänger damals bettlägerig war“, doch kann diesem Zusatz ein Werth nicht beigelegt werden, da weder die Beklagte behauptet hat, noch aus den Acten ersichtlich ist, dass der die Rente bewilligende Bescheid vom 6. März 1897 auf jenen Umstand sich stütze. Aber auch die Berichte des Amtsvorstehers und der Vertrauensmänner enthalten nichts, was die Annahme einer Veränderung in den Verhältnissen des Klägers gerechtfertigt erscheinen liesse. Musste sonach das Verlangen der Beklagten als ein der gesetzlichen Grundlage entbehrendes angesehen werden, so konnte anderseits auch das Verhalten des Klägers als ein schuldhaftes nicht erachtet werden, und es durften ihm somit auch keine Nachtheile daraus erwachsen.

Ueberdies würde die Vorentscheidung auch insofern gegen den oben dargelegten Grundsatz verstossen, als selbst dann, wenn die Weigerung des Klägers eine grundlose gewesen wäre, nur der nach Lage der Acten zulässige ungünstige Schluss gezogen werden durfte, die Acten aber, wie oben ausgeführt, nichts enthalten, was die Annahme unterstützen könnte, dass in den Verhältnissen des Klägers eine Veränderung eingetreten sei, welche ihn nicht mehr als erwerbsfähig erscheinen liesse“.

## B. Besondere Fürsorge für gewerbliche Arbeiter.

Von den auf Grund der §§ 120d und 139a der Gewerbeordnung (siehe S. 760) zur Versorgung erkrankter Arbeiter von dem Bundesrathe erlassenen Bestimmungen sind hier folgende bemerkenswerth:

1. Bekanntmachung des Reichskanzlers, betreffend die Einrichtung und den Betrieb von Anlagen zur Anfertigung von Zündhölzern unter Verwendung von weissem Phosphor, vom 8. Juli 1893 (Reichs-Gesetzbl., S. 209:

„§ 13. Der Arbeitgeber hat die Ueberwachung des Gesundheitszustandes der von ihm beschäftigten Arbeiter einem, dem Aufsichtsbeamten (§ 139b der Gewerbeordnung) namhaft zu machenden approbirten Arzte zu übertragen, welcher vierteljährlich mindestens einmal eine Untersuchung der Arbeiter vorzunehmen und den Arbeitgeber von jedem ermittelten Falle einer Erkrankung an Phosphornekrose in Kenntniss zu setzen hat.

Der Arbeitgeber ist verpflichtet, von jeder unter den Arbeitern vorkommenden Erkrankung an Phosphornekrose, sobald er durch den Fabrikarzt oder auf andere Weise davon Kenntniss erhält, dem Aufsichtsbeamten schriftliche Anzeige zu erstatten. Er darf an der Phosphornekrose erkrankte Arbeiter nicht ferner in den im § 1a bis d bezeichneten Räumen beschäftigen."

2. Bekanntmachung des Reichskanzlers, betreffend die Einrichtung und den Betrieb der Bleifarben- und Bleizuckerfabriken, vom 8. Juli 1893 (Reichs-Gesetzbl., S. 213):

„§ 8. Der Arbeitgeber darf in Räumen, in welchen Bleifarben oder Bleizucker hergestellt oder verpackt werden, nur solche Personen zur Beschäftigung zulassen, welche eine Bescheinigung eines approbirten Arztes darüber beibringen, dass sie weder schwächlich, noch mit Lungen-, Nieren- oder Magenleiden oder mit Alkoholismus behaftet sind. Die Bescheinigungen sind zu sammeln, aufzubewahren und dem Aufsichtsbeamten (§ 139b der Gewerbeordnung) auf Verlangen vorzulegen.

§ 15. Der Arbeitgeber hat die Ueberwachung des Gesundheitszustandes der von ihm beschäftigten Arbeiter einem, dem Aufsichtsbeamten (§ 139b der Gewerbeordnung) namhaft zu machenden approbirten Arzte zu übertragen, welcher monatlich mindestens einmal eine Untersuchung der Arbeiter vorzunehmen und den Arbeitgeber von jedem Falle einer ermittelten Bleikrankheit in Kenntniss zu setzen hat. Der Arbeitgeber darf Arbeiter, bei welchen eine Bleikrankheit ermittelt ist, zu Beschäftigungen, bei welchen sie mit bleiischen Stoffen oder Materialien in Berührung kommen, bis zu ihrer völligen Genesung nicht zulassen.

§ 16. Der Arbeitgeber ist verpflichtet, ein Krankenbuch zu führen oder unter seiner Verantwortung für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Einträge durch den mit der Ueberwachung des Gesundheitszustandes der Arbeiter beauftragten Arzt oder durch einen Betriebsbeamten führen zu lassen. Das Krankenbuch muss enthalten:

1. den Namen dessen, welcher das Buch führt; 2. den Namen des mit der Ueberwachung des Gesundheitszustandes der Arbeiter beauftragten Arztes; 3. den Namen der erkrankten Arbeiter; 4. die Art der Erkrankung und die vorhergegangene Beschäftigung; 5. den Tag der Erkrankung; 6. den Tag der Genesung, oder wenn der Erkrankte nicht wieder in Arbeit getreten ist, den Tag der Entlassung.

Das Krankenbuch ist dem Aufsichtsbeamten, sowie den zuständigen Medicinalbeamten auf Verlangen vorzulegen."

3. Bekanntmachung des Reichskanzlers, betreffend die Einrichtung und den Betrieb von Anlagen zur Herstellung von Alkali-Chromaten, vom 2. Februar 1897 (Reichs-Gesetzbl., S. 11):

„§ 11. Der Arbeitgeber hat die Ueberwachung des Gesundheitszustandes der Chromatarbeiter einem dem Gewerbeaufsichtsbeamten namhaft zu machenden approbirten Arzte zu übertragen, welcher die Arbeiter mindestens einmal monatlich und zwar namentlich auf das Vorhandensein von Hautgeschwüren und Erkrankungen der Nasen- und Rachenhöhle zu untersuchen hat.

§ 12. Der Arbeitgeber hat darauf zu halten, dass die Arbeiter auf das Vorhandensein von wunden Hautstellen, selbst geringfügiger Art, insbesondere an ihren Händen, genau achten und zutreffenden Falles von dem Arzte oder einer von diesem als geeignet bezeichneten Person mit einem Schutzverbande versehen werden. Täglich vor Beginn oder während der Arbeit sind Hände, Vorderarme und Gesicht der Arbeiter durch eine solche Person zu besichtigen.

§ 13. Auf Anordnung des Arztes sind Arbeiter, welche Krankheitserscheinungen in Folge von Chromateinwirkung, z. B. Hautgeschwüre oder Anätzungen der Nasenschleimhaut, zeigen, bis zur völligen Heilung, solche Arbeiter aber, welche sich besonders empfindlich gegenüber den nachtheiligen Einwirkungen erweisen, dauernd von der Beschäftigung im Chromatbetriebe fernzuhalten.

§ 14. Der Arbeitgeber ist verpflichtet, ein Krankenbuch zu führen oder unter seiner Verantwortung durch einen Betriebsbeamten führen zu lassen. Er haftet für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Einträge, soweit sie nicht vom Arzte bewirkt sind.

Das Krankenbuch muss enthalten:

1. den Namen dessen, welcher das Buch führt, 2. den Namen des mit der Ueberwachung des Gesundheitszustandes der Arbeiter beauftragten Arztes, 3. den Namen der erkrankten Arbeiter, 4. die Art der Erkrankung und der vorhergegangenen Beschäftigung, 5. den Tag der Erkrankung, 6. den Tag der Genesung oder, wenn der Erkrankte nicht wieder in Arbeit getreten ist, den Tag der Entlassung, 7. die Tage und Ergebnisse der im § 11 vorgeschriebenen allgemeinen ärztlichen Untersuchungen."

4. Bekanntmachung des Reichskanzlers, betreffend die Einrichtung und den Betrieb von Anlagen zur Herstellung elektrischer Akkumulatoren aus Blei oder Bleiverbindungen, vom 11. Mai 1898 (Reichs-Gesetzbl., S. 176):

„§ 18. Der Arbeitgeber hat die Ueberwachung des Gesundheitszustandes seiner Arbeiter einem dem Aufsichtsbeamten namhaft zu machenden approbirten Arzte zu übertragen, welcher die Arbeiter mindestens einmal monatlich auf die Anzeichen etwa vorhandener Bleierkrankung zu untersuchen hat.

Auf Anordnung des Arztes sind Arbeiter, welche Krankheitserscheinungen in Folge der Bleieinwirkung zeigen, bis zur völligen Genesung, solche Arbeiter aber, welche sich dieser Einwirkung gegenüber besonders empfindlich erweisen, dauernd von der Beschäftigung mit Blei oder Bleiverbindungen fern zu halten.

§ 19. Der Arbeitgeber ist verpflichtet, zur Kontrole über den Wechsel und Bestand, sowie über den Gesundheitszustand der Arbeiter ein Buch zu führen oder durch einen Betriebsbeamten führen zu lassen. Er ist für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Einträge, soweit sie nicht vom Arzte bewirkt werden, verantwortlich.

Dieses Kontrolbuch muss enthalten:

1. Vor- und Zunamen, Alter, Wohnort, Tag des Ein- und Austritts jedes Arbeiters, sowie die Art seiner Beschäftigung, 2. den Namen dessen, welcher das Buch führt, 3. den Namen des mit der Ueberwachung des Gesundheitszustandes der Arbeiter beauftragten Arztes, 4. den Tag und die Art der Erkrankung eines Arbeiters, 5. den Tag seiner Genesung, 6. die Tage und die Ergebnisse der im § 18 vorgeschriebenen allgemeinen ärztlichen Untersuchungen."

5. Bekanntm. d. R.s, betr. die Einrichtung und den Betrieb gewerblicher Anlagen, in denen Thomasschlacke gemahlen oder Thomasschlackenmehl gelagert wird, vom 25. April 1899 (Reichs-Gesetzbl., S. 267):

„§ 16. Der Arbeitgeber darf zu den im § 15 bezeichneten Arbeiten nur solche Personen einstellen, die ihm nicht als Gewohnheitstrinker bekannt sind und welche die Bescheinigung eines von der höheren Verwaltungsbehörde dazu ermächtigten Arztes darüber beibringen, dass bei ihnen Krankheiten der Athmungsorgane nicht nachweisbar sind. Die Bescheinigungen sind zu sammeln, aufzubewahren und dem Aufsichtsbeamten (§ 139b der Gewerbeordnung) auf Verlangen vorzulegen.

§ 17. Der Arbeitgeber ist verpflichtet, zur Kontrole über den Wechsel und Bestand, sowie über den Gesundheitszustand der Arbeiter ein Buch zu führen oder durch einen Betriebsbeamten führen zu lassen. Er ist für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Einträge, soweit sie nicht etwa von einem Arzte bewirkt werden, verantwortlich.

Dieses Kontrolbuch muss enthalten:

1. den Namen dessen, welcher das Buch führt, 2. Vor- und Zunamen, Alter, Wohnort, Tag des Ein- und Austritts jedes Arbeiters, 3. den Tag und die Art der Erkrankung eines Arbeiters, 4. den Namen des Arztes, welcher den Arbeiter bei der Krankmeldung etwa untersucht hat, 5. den Tag der Genesung eines Arbeiters oder seines Todes.“

6. Bekanntm. d. R.s., betr. die Einrichtung und den Betrieb der Zinkhütten, vom 6. Februar 1900 (R.-G.-Bl., S. 32):

§ 14. Der Arbeitgeber hat die Ueberwachung des Gesundheitszustandes seiner Arbeiter einem dem Gewerbeaufsichtsbeamten namhaft zu machenden approbirten Arzte zu übertragen, der mindestens einmal monatlich die Arbeiter im Betrieb aufzusuchen und bei ihnen insbesondere auf die Anzeichen etwa vorhandener Bleierkrankung zu achten hat.

Auf Anordnung des Arztes sind Arbeiter, welche Krankheitserscheinungen in Folge der Einwirkung des Betriebs, namentlich Zeichen von Bleivergiftung aufweisen, bis zur völligen Genesung, solche Arbeiter aber, die sich diesen Einwirkungen gegenüber besonders empfindlich erweisen, dauernd von der Beschäftigung in den Destillationsräumen, von den im § 8 bezeichneten Verrichtungen, sowie von den Arbeiten bei der Beseitigung von Räumasche fernzuhalten.

§ 15 ordnet die Führung eines Kontrolbuches in derselben Weise an, wie § 17 der Bekanntmachung unter 5.

## C. Fürsorge für Bergarbeiter.

1. Ueber Artikel 67 des Einführungsgesetzes zum bürgerlichen Gesetzbuche siehe Seite 751.

2. Reichs-Gesetz, betreffend die Verbindlichkeit zum Schadenersatz für die bei dem Betriebe von Eisenbahnen, Bergwerken u. s. w. herbeigeführten Tödtungen und Körperverletzungen. Vom 7. Juni 1871 (Reichs-Gesetzbl., S. 207).

§ 1. Wenn bei dem Betriebe einer Eisenbahn ein Mensch getödtet oder körperlich verletzt wird, so haftet der Betriebsunternehmer für den dadurch entstandenen Schaden, sofern er nicht beweist, dass der Unfall durch höhere Gewalt oder durch eigenes Verschulden des Getödteten oder Verletzten verursacht ist.

§ 2. Wer ein Bergwerk, einen Steinbruch, eine Gräberei (Grube) oder eine Fabrik betreibt, haftet, wenn ein Bevollmächtigter oder ein Repräsentant oder eine

zur Leitung oder Beaufsichtigung des Betriebes oder der Arbeiter angenommene Person durch ein Verschulden in Ausführung der Dienstverrichtungen den Tod oder die Körperverletzung eines Menschen herbeigeführt hat, für den dadurch entstandenen Schaden.

§ 3, 3a siehe S. 750.

§ 4. War der Getödtete oder Verletzte unter Mitleistung von Prämien oder anderen Beiträgen durch den Betriebsunternehmer bei einer Versicherungsanstalt, Knappschafts-, Unterstützungs-, Kranken- oder ähnlichen Kasse gegen den Unfall versichert, so ist die Leistung der Letzteren an den Ersatzberechtigten auf die Entschädigung einzurechnen, wenn die Mitleistung des Betriebsunternehmers nicht unter einem Drittel der Gesammtleistung beträgt.

§ 5. Die in den §§ 1 und 2 bezeichneten Unternehmer sind nicht befugt, die Anwendung der in den §§ 1 bis 3a enthaltenen Bestimmungen zu ihrem Vortheil durch Verträge (mittelst Reglements oder durch besondere Uebereinkunft) im Voraus auszuschliessen oder zu beschränken.

Vertragsbestimmungen, welche dieser Vorschrift entgegenstehen, haben keine rechtliche Wirkung.

§ 6 ist durch § 13 Ziffer 3 des Einführungsgesetzes zur Civilprocess-Ordnung aufgehoben.

§§ 7—9 siehe Seite 750.

§ 10. Die Bestimmungen des Gesetzes, betreffend die Errichtung eines obersten Gerichtshofes für Handelssachen, vom 12. Juni 1869, sowie die Ergänzungen desselben werden auf diejenigen bürgerlichen Rechtsstreitigkeiten ausgedehnt, in welchen durch die Klage oder Widerklage ein Anspruch auf Grund des gegenwärtigen Gesetzes oder der in § 9 erwähnten landesgesetzlichen Bestimmungen geltend gemacht wird.

3. Ueber § 74 des Krankenversicherungsgesetzes siehe S. 788.

Ueber §§ 11 Absatz 2 und 3, 134 Absatz 2 des Unfallversicherungsgesetzes siehe SS. 806, 821.

Ueber §§ 34 Ziffer 4, 39, 52 des Invalidenversicherungsgesetzes siehe SS. 843, 847.

4. Allgemeines Berggesetz für die Preussischen Staaten, vom 24. Juni 1865 (Gesetz-Sammlung, S. 705):

(Im Auszuge.)

VII. Theil.

Von den Knappschaftsvereinen.

§ 165. Für die Arbeiter aller dem gegenwärtigen Gesetze unterworfenen Bergwerke und Aufbereitungsanstalten, desgleichen für die Arbeiter der Salinen sollen Knappschaftsvereine bestehen, welche den Zweck haben ihren Theilnehmern und deren Angehörigen nach näherer Bestimmung des Gesetzes Unterstützungen zu gewähren.

Sind mit den vorbezeichneten Werken zugleich Gewerbsanlagen verbunden, welche nicht unter der Aufsicht der Bergbehörde stehen, so können die bei diesen Gewerbsanlagen beschäftigten Arbeiter auf den gemeinschaftlichen Antrag der Letzteren und der Werksbesitzer durch den Knappschaftsvorstand in den Knappschaftsverein aufgenommen werden.

Die Knappschaftsvereine erlangen durch die Bestätigung ihrer Statuten die Eigenschaft juristischer Personen.

§ 166. Die bereits bestehenden Knappschaftsvereine bleiben in Wirksamkeit. Der gegenwärtige Titel findet jedoch auch auf sie Anwendung. Ihre Statuten sind

mit den Vorschriften der §§ 170, 176 und 181 bis 186 in Uebereinstimmung zu bringen.

Die Besitzer und Arbeiter der Hüttenwerke und der dem gegenwärtigen Gesetze nicht unterworfenen Aufbereitungsanstalten, welche bereits einem Knappschaftsvereine angehören, scheiden auf ihren gemeinschaftlichen Antrag aus dem Vereine aus.

§ 167. Die Bestimmung der Bezirke, für welche neue Knappschaftsvereine gegründet werden sollen, hängt zunächst von dem Beschlusse der Betheiligten ab. Kann hierüber eine Einigung nicht erzielt werden, so entscheidet das Ober-Bergamt nach Anhörung der Werksbesitzer und eines von den Arbeitern zu wählenden Ausschusses.

§ 168. Alle in dem Bezirke eines bereits bestehenden oder neu gegründeten Knappschaftsvereins belegenen Bergwerke, Aufbereitungsanstalten und Salinen (§ 165) und die auf denselben beschäftigten Arbeiter sind dem Vereine nach näherer Bestimmung des Statuts beizutreten berechtigt und verpflichtet.

§§ 169—170 handeln vom Vereinsstatut.

§ 171. Die Leistungen, welche jeder Knappschaftsverein nach näherer Bestimmung des Statuts seinen vollberechtigten Mitgliedern mindestens zu gewähren hat, sind:

1. in Krankheitsfällen eines Knappschaftsgenossen freie Cur und Arznei für seine Person,

2. ein entsprechender Krankenlohn bei einer ohne eigenes grobes Verschulden entstandenen Krankheit,

3. ein Beitrag zu den Begräbnisskosten der Mitglieder und Invaliden,

4. eine lebenslängliche Invaliden-Unterstützung bei einer ohne grobes Verschulden eingetretenen Arbeitsunfähigkeit,

5. eine Unterstützung der Wittwen auf Lebenszeit, beziehungsweise bis zur etwaigen Wiederverheirathung,

6. eine Unterstützung zur Erziehung der Kinder verstorbener Mitglieder und Invaliden bis nach zurückgelegtem vierzehnten Lebensjahre.

Für die Mitglieder der am wenigsten begünstigten Klasse sind mindestens die unter 1 und 2 genannten Leistungen und, wenn sie bei der Arbeit verunglücken, auch die unter 3 und 4 genannten zu gewähren.

§ 172. Für die Leistungen unter 1, 2 und 3 des § 171 oder für einzelne derselben können nach dem gemeinschaftlichen Beschlusse der Werksbesitzer, der Knappschaftsältesten und des Knappschaftsvorstandes besondere Krankenkassen auf sämmtlichen zu einem Knappschaftsvereine gehörigen Werken und zwar auf jedem einzelnen Werke oder gruppenweise auf mehreren eingerichtet werden.

Die für die Krankenkassen nach Vorschrift des § 169 aufzustellenden Statuten unterliegen der daselbst erwähnten Bestätigung.

Die Beaufsichtigung der Krankenkassen gehört zu den Obliegenheiten des Knappschaftsvorstandes. In den Statuten des Knappschaftsvereins sind die näheren Bestimmungen hierüber, sowie über die bei der Abzweigung der Krankenkassen eintretende Herabsetzung der Beiträge zur Hauptkasse zu treffen.

§ 173. Die Ansprüche der Berechtigten auf die Leistungen der Knappschafts- und der Krankenkassen können weder an Dritte übertragen, noch auch mit Arrest belegt werden. § 174. Sowohl die Arbeiter als auch die Werksbesitzer haben zu den Knappschafts- und den Krankenkassen Beiträge zu leisten. § 175. Die Beiträge der Arbeiter sollen in einem gewissen Procentsatze ihres Arbeitslohns oder in einem entsprechenden Fixum bestehen. Die Beiträge der Werksbesitzer sollen mindestens die Hälfte des Beitrags der Arbeiter ausmachen. § 176. Die Werksbesitzer sind

bei Vermeidung des gegen sie selbst zu richtenden Zwangsverfahrens verpflichtet, für die Einziehung und Abführung der Beiträge ihrer Arbeiter aufzukommen. Auch haben die Werksbesitzer ihre Arbeiter regelmässig an den durch das Statut festzusetzenden Zeitpunkten bei dem Knappschaftsvorstande anzumelden. Unterbleibt die Anmeldung, so ist der Vorstand befugt, die Zahl der Arbeiter, für welche die Beiträge zur Knappschaftskasse eingezogen werden sollen, nach seinem Ermessen zu bestimmen oder bei dem Ober-Bergamte den Erlass eines Strafbefehls gegen den säumigen Werksbesitzer in Antrag zu bringen. § 177. Alle Beiträge zur Knappschaftskasse wie zu den Krankenkassen können, auf vorgängige Festsetzung durch das Ober-Bergamt, im Wege der Verwaltungsexecution eingezogen werden. Durch Beschreitung des Rechtsweges wird die Execution nicht aufgehalten. § 178. Die Verwaltung eines jeden Knappschaftsvereins erfolgt unter Betheiligung von Knappschaftsältesten durch einen Knappschafts-Vorstand. § 179. Die Knappschaftsältesten werden von den zum Vereine gehörigen Arbeitern und Beamten in einer durch das Statut bestimmten Zahl aus ihrer Mitte gewählt. Auch den invaliden Arbeitern und Beamten kann die Wählbarkeit durch das Statut beigelegt werden. Die Knappschaftsältesten vertreten die Knappschaftsmitglieder bei der Wahl des Vorstandes und haben im Allgemeinen das Recht und die Pflicht, einerseits die Befolgung des Statuts durch die Knappschaftsmitglieder zu überwachen und andererseits die Rechte der Letzteren gegenüber dem Vorstande wahrzunehmen. Das Statut oder eine besondere Instruction (§ 181) regelt ihre Dienstobliegenheiten. § 180. Die Mitglieder des Knappschaftsvorstandes werden nach näherer Bestimmung des Statuts zur einen Hälfte von den Werksbesitzern, beziehungsweise von den Repräsentanten, und zur andern Hälfte von den Knappschaftsältesten je aus ihrer Mitte oder aus der Zahl der Königlichen oder Privat-Bergbeamten gewählt. § 181. Der Knappschaftsvorstand vertritt den Verein nach aussen, leitet die Wahlen der Knappschaftsältesten, erwählt die Beamten und Aerzte des Vereins, schliesst die Verträge mit denselben, sowie mit den Apothekern ab, erlässt die erforderlichen Instructionen, verwaltet das Vermögen des Vereins und besorgt alle übrigen, ihm durch das Statut übertragenen Geschäfte. § 182. Die jährlich zu legenden Rechnungen müssen nach vorgängiger Prüfung durch den Vorstand den Knappschaftsältesten und den Werksbesitzern zur Einsicht und etwaigen Erklärung offen gelegt werden, bevor der Vorstand dem Kassenbeamten die Entlastung ertheilt. § 183. Die Ober-Bergämter haben die Beobachtung der Statuten und insbesondere die statutenmässige Verwaltung des Vermögens zu überwachen. § 184. Zur Ausübung dieses Aufsichtsrechts ernennt das Ober-Bergamt für jeden Knappschaftsverein einen Commissar. Derselbe ist befugt, allen Sitzungen des Knappschaftsvorstandes, welche ihm zu diesem Zwecke mindestens drei Tage vorher anzuzeigen sind, beizuwohnen und jeden statutenwidrigen Beschluss zu suspendiren. Von einer solchen Suspension muss er dem Ober-Bergamte Anzeige machen. § 185. Der Knappschaftsvorstand ist jederzeit verpflichtet, dem Ober-Bergamte und dessen Commissar auf Verlangen die Einsicht der über seine Verhandlungen zu führenden Protokolle der Kassenbücher und der gelegten Rechnungen, sowie die Revision der Kasse zu gestatten. Auch hat derselbe dem Ober-Bergamte die zur Statistik des Knappschaftswesens erforderlichen Nachrichten zu geben. § 186. Beschwerden über die Verwaltung des Vorstandes sind bei dem Ober-Bergamte und in der weitern Instanz bei dem Handels-Minister anzubringen.

Neunter Titel. Zweiter Abschnitt.

Von dem Verfahren bei Unglücksfällen.

§ 204. Ereignet sich auf einem Bergwerke unter oder über Tage ein Unglücksfall, welcher den Tod oder die schwere Verletzung einer oder mehrerer Personen

herbeigeführt hat, so sind die im § 203 genannten Personen zur sofortigen Anzeige an den Revierbeamten und an die nächste Polizeibehörde verpflichtet.

§ 205. Der Revierbeamte ordnet die zur Rettung der verunglückten Personen oder zur Abwendung weiterer Gefahr erforderlichen Maassregeln an.

Die zur Ausführung dieser Maassregeln nothwendigen Arbeiter und Hülfsmittel hat der Besitzer des Bergwerks zur Verfügung zu stellen.

Die Besitzer benachbarter Bergwerke sind zur Hülfeleistung verpflichtet.

§ 206. Sämmtliche Kosten für die Ausführung der im § 205 bezeichneten Maassregeln trägt der Besitzer des betreffenden Bergwerks, vorbehaltlich des Regress-Anspruchs gegen Dritte, welche den Unglücksfall verschuldet haben.

## D. Fürsorge für Dienstboten.

1. Ueber Artikel 95 des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuch, welcher das Inkraftverbleiben der landesgesetzlichen Bestimmungen über das Gesinderecht ausspricht, siehe S. 751.

2. Ueber die §§ 616—619 des Bürgerlichen Gesetzbuches, welche vom Dienstberechtigten und Dienstverpflichteten handeln, siehe S. 747.

3. Ueber die §§ 4, 26a Ziffer 5 des Krankenversicherungsgesetzes (Versicherungsrecht der Dienstboten) siehe SS. 764, 772, 773.

4. Gesinde-Ordnung für sämmtliche Provinzen der Preussischen Monarchie vom 8. November 1810 (Gesetz-Sammlung, S. 101):

(Im Auszuge.)

§ 82. Die Herrschaft ist schuldig, dem Gesinde Lohn und Kleidung zu den bestimmten Zeiten ungesäumt zu entrichten. § 83. Ist auch Kost versprochen worden, so muss selbige bis zur Sättigung gegeben werden. Offenbar der Gesundheit nachtheilige und ekelhafte Speisen kann das Gesinde anzunehmen nicht gezwungen werden. In Fällen, wo über die Beköstigung Streit entsteht, entscheidet in Ermangelung bestimmter Verabredung die Polizeiobrigkeit wie § 33, über die Menge und Beschaffenheit derselben. § 85. Sie muss ihm nicht mehrere noch schwerere Dienste zumuthen, als das Gesinde nach seiner Leibesbeschaffenheit und seinen Kräften ohne Verlust seiner Gesundheit bestreiten kann. § 86. Zieht ein Dienstbote sich durch den Dienst oder bei Gelegenheit desselben eine Krankheit zu, so ist die Herrschaft schuldig, für seine Cur und Verpflegung zu sorgen. § 87. Dafür darf dem Gesinde an seinem Lohne nichts abgezogen werden. § 88. Ausserdem ist die Herrschaft zur Vorsorge für kranke Dienstboten nur alsdann verpflichtet, wenn dieselben keine Verwandten in der Nähe haben, die sich ihrer anzunehmen vermögend und nach den Gesetzen schuldig sind. § 89. Weigern sich die Verwandten dieser Pflicht, so muss die Herrschaft dieselbe einstweilen, und bis zum Austrage der Sache, mit Vorbehalt ihres Rechts, übernehmen. § 90. Sind öffentliche Anstalten vorhanden, wo dergleichen Kranke aufgenommen werden, so muss das Gesinde es sich gefallen lassen, wenn die Herrschaft seine Unterbringung daselbst veranstaltet. § 91. In dem § 88 bestimmten Falle kann die Herrschaft die Curkosten von dem auf diesen Zeitraum fallenden Lohne des kranken Dienstboten abziehen. § 92. Dauert eine solche Krankheit über die Dienstzeit hinaus, so hört mit dieser die äussere Verbindlichkeit der Herrschaft auf, für die Cur und Pflege des kranken Dienstboten zu sorgen. § 93. Doch muss sie davon der Obrigkeit des Orts in Zeiten Anzeige machen, damit diese für das Unterkommen eines dergleichen verlassenen Kranken sorgen könne. § 94. Unter den Umständen, wo ein Machtgeber einen dem Bevollmächtigten

bei Ausrichtung der Geschäfte durch Zufall zugestossenen Schaden vergüten muss, ist auch die Herrschaft schuldig für das in ihrem Dienste oder bei Gelegenheit desselben zu Schaden gekommene Gesinde auch über die Dienstzeit hinaus zu sorgen. § 95. Diese Pflicht erstreckt sich jedoch nur auf die Curkosten und auf den nothdürftigen Unterhalt des Gesindes, so lange, bis dasselbe sich sein Brod selbst zu verdienen wieder in den Stand kommt. § 96. Ist aber der Dienstbote durch Misshandlungen der Herrschaft ohne sein grobes Verschulden, an seiner Gesundheit beschädigt worden, so hat er von ihr vollständige Schadloshaltung nach den allgemeinen Vorschriften der Gesetze zu fordern. § 117. Ohne Aufkündigung kann die Herrschaft ein Gesinde sofort entlassen: .... § 128 (12), wenn das Gesinde sich durch lüderliche Aufführung ansteckende oder ekelhafte Krankheiten zugezogen hat. § 133 (17). Wenn ein Gesinde weiblichen Geschlechts schwanger wird, in welchem Falle jedoch der Obrigkeit Anzeige geschehen und die wirkliche Entlassung nicht eher, als bis von dieser die gesetzmässigen Anstalten zur Verhütung alles Unglücks getroffen worden, erfolgen muss. § 136. Das Gesinde kann den Dienst ohne vorhergehende Aufkündigung verlassen: 1. Wenn es durch Misshandlungen von der Herrschaft in Gefahr des Lebens oder der Gesundheit versetzt worden. § 142 (7). Wenn der Dienstbote durch schwere Krankheit zur Fortsetzung des Dienstes unvermögend wird.

## E. Fürsorge für Schiffsmannschaften und Passagiere.

### 1. Deutsche Seemannsordnung vom 27. December 1872.

(Reichs-Gesetzbl., S. 409.)

(Im Auszug.)

§ 48. Falls der Schiffsmann nach Antritt des Dienstes erkrankt oder verwundet wird, so trägt der Rheder die Kosten der Verpflegung und Heilung:

1. Wenn der Schiffsmann wegen Krankheit oder Verwundung die Reise nicht antritt, bis zum Ablauf von 3 Monaten seit der Erkrankung oder Verwundung; 2. wenn er die Reise antritt und mit dem Schiffe nach einem deutschen Hafen zurückkehrt, bis zum Ablauf von 3 Monaten seit der Rückkehr des Schiffes; 3. wenn er die Reise antritt und mit dem Schiffe zurückkehrt, die Rückreise des Schiffes jedoch nicht in einem deutschen Hafen endet, bis zum Ablauf von sechs Monaten, seit der Weiterreise des Schiffes.

Auch gebührt dem Schiffsmann, falls er nicht mit dem Schiffe nach dem Hafen zurükkehrt, von welchem das Schiff seine Ausreise angetreten hat, freie Zurückbeförderung nach diesem Hafen (§§ 65 und 66), oder nach Wahl des Schiffers eine entsprechende Vergütung.

§ 49. Die Heuer bezieht der erkrankte oder verwundete Schiffsmann: wenn er die Reise nicht antritt, bis zur Einstellung des Dienstes; wenn er die Reise antritt und mit dem Sehiffe zurückkehrt, bis zur Beendigung der Rückreise; wenn er während der Reise am Lande zurückgelassen werden musste, bis zu dem Tage, an welchem er das Schiff verlässt.

Ist der Schiffsmann bei der Vertheidigung des Schiffes beschädigt, so hat er überdies auf eine angemessene, erforderlichen Falls von dem Richter zu bestimmende Belohnung Anspruch.

§ 50. Auf den Schiffsmann, welcher die Krankheit oder Verwundung durch eine unerlaubte Handlung sich zugezogen hat, oder mit einer syphilitischen Krankheit behaftet ist, finden die §§ 48 und 49 keine Anwendung.

## 2. Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherung.

a) Ueber die Krankenversicherung der Seeleute (siehe das Krankenversicherungsgesetz § 1 Abs. 3 (Seite 762).

b) Unfallversicherung.

α) See-Unfallversicherungsgesetz vom 13. Juli 1887 in der Fassung vom 30. Juni 1900.

(Im Auszug.)

### 1. Allgemeine Bestimmungen.

Umfang der Versicherung.

§ 1. Personen, welche

1. auf deutschen Seefahrzeugen als Schiffer, Personen der Schiffsmannschaft, Maschinisten, Aufwärter oder in anderer Eigenschaft zur Schiffsbesatzung gehören (Seeleute), Schiffer jedoch nur, sofern sie Lohn oder Gehalt beziehen, 2. ohne zur Schiffsbesatzung zu gehören, auf deutschen Seefahrzeugen in inländischen Häfen beschäftigt werden, soweit sie nicht auf Grund anderer gesetzlicher Bestimmungen gegen Unfall versichert sind, 3. in inländischen Betrieben schwimmender Docks und ähnlicher Einrichtungen, sowie in inländischen Betrieben für die Ausübung des Lootsendienstes, für die Rettung oder Bergung von Personen oder Sachen bei Schiffbrüchen, für die Bewachung, Beleuchtung oder Instandhaltung der dem Seeverkehr dienenden Gewässer beschäftigt sind, werden gegen die Folgen der bei dem Betriebe sich ereignenden Unfälle einschliesslich derjenigen Unfälle, welche während des Betriebes in Folge von Elementarereignissen eintreten, nach Maassgabe der Bestimmungen dieses Gesetzes versichert. Auf Personen in Seeschifffahrts- und anderen unter Abs. 1 fallenden Betrieben, welche wesentliche Bestandtheile eines der Unfallversicherung unterliegenden sonstigen Betriebs sind, findet dieses Gesetz keine Anwendung. Von den Bestimmungen der §§ 4 ff. sind ferner ausgeschlossen die im § 1 des Gesetzes, betreffend die Fürsorge für Beamte und Personen des Soldatenstandes in Folge von Betriebsunfällen, vom 15. März 1886 (Reichs-Gesetzbl. S. 53) bezeichneten Personen, Beamte, welche in Betriebsverwaltungen eines Bundesstaats oder eines Communalverbandes mit festem Gehalt und Pensionsberechtigung angestellt sind, sowie andere Beamte eines Bundesstaats oder Communalverbandes, für welche die im § 12 a. a. O. vorgesehene Fürsorge in Kraft getreten ist. Welche Betriebe im Sinne dieses Gesetzes versicherungspflichtig sind, bestimmt im Zweifel nach Anhörung des Genossenschaftsvorstandes (§ 41) das Reichs-Versicherungsamt.

§ 2. Die Versicherung erstreckt sich auf häusliche und andere Dienste, zu denen versicherte Personen neben der Beschäftigung im Betriebe von ihren Arbeitgebern oder von deren Beauftragten herangezogen werden, sowie auf Dienstleistungen versicherter Personen bei Rettung oder Bergung von Personen oder Sachen.

§ 3. Als ein deutsches Seefahrzeug im Sinne dieses Gesetzes gilt jedes ausschliesslich oder vorzugsweise zur Seefahrt benutzte Fahrzeug, welches unter deutscher Flagge fährt. Als Seefahrt (Abs. 1) gilt nicht nur der Verkehr auf See ausserhalb der Grenzen, die durch § 1 der zum § 25 des Flaggengesetzes vom 22. Juni 1899 erlassenen Ausführungsbestimmungen vom 10. November 1899 (Centralblatt für das Deutsche Reich S. 380) festgesetzt sind, sondern auch die Fahrt auf Buchten, Haffen und Watten der See, nicht aber auf andern mit der See in Verbindung stehenden Gewässern, auch wenn sie von Seeschiffen befahren werden. Betriebe, welche nach den vorstehenden Bestimmungen als Seeschifffahrtsbetriebe sich darstellen, scheiden, sofern sie auf Grund anderer Gesetze einer Berufsgenossenschaft bereits zugetheilt sind, aus der

letzteren mit den aus § 53 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes sich ergebenden Rechtswirkungen aus. Rheder im Sinne dieses Gesetzes sind die Eigenthümer der unter dasselbe fallenden Fahrzeuge, sofern eine Rhederei besteht (§ 489 des Handelsgesetzbuchs), die Rhederei.

§ 4. Die Versicherung gilt für die Zeit vom Beginne bis zur Beendigung des Dienstverhältnisses einschliesslich der Beförderung vom Lande zum Fahrzeuge und vom Fahrzeuge zum Lande. Die Versicherung erstreckt sich auch auf Unfälle, welche die nach § 1 versicherten Personen auf einem deutschen Seefahrzeug, auf welchem sie beschäftigt sind, ohne zur Besatzung desselben zu gehören, bei dem Betrieb erleiden, sowie auf Unfälle, welche deutsche Seeleute bei der auf Grund des Handelsgesetzbuchs oder der Seemannsordnung vom 27. December 1872 (Reichs-Gesetzbl., S. 409) oder des Gesetzes, betreffend die Verpflichtung deutscher Kauffahrteischiffe zur Mitnahme hülfsbedürftiger Seeleute, vom 27. December 1872 (Reichs-Gesetzbl., S. 432) ihnen gewährten freien Zurückbeförderung oder Mitnahme auf deutschen Seefahrzeugen erleiden. Im Falle des Flaggenwechsels gilt als Beendigung des Dienstverhältnisses der Zeitpunkt, in welchem der Versicherte seine Entlassung beanspruchen durfte. Ausgeschlossen von der Versicherung sind Unfälle, welche der Versicherte während einer Zeit erleidet, in welcher er sich pflichtwidrig von Bord entfernt hatte, oder welche er während eines Urlaubs an Land erleidet, wenn er in eigener Angelegenheit das Schiff verlassen hat.

§ 5. Durch das Statut kann die Versicherungspflicht auf die Rheder erstreckt werden, sofern sie zur Besatzung des Fahrzeugs gehören und die letzere ausser ihnen regelmässig nicht mehr als zwei Personen umfasst. Rheder, welche nicht schon nach den vorstehenden Bestimmungen versichert sind, Lootsen, welche ihr Gewerbe für eigene Rechnung betreiben, sowie die Unternehmer der übrigen nach § 1 versicherten Betriebe sind berechtigt, sich selbst gegen die Folgen der bei dem Betriebe sich ereignenden Unfälle nach Maassgabe der Vorschriften dieses Gesetzes zu versichern.

§ 6. Die Versicherung erstreckt sich auf einen Jahresarbeitsverdienst bis einschliesslich dreitausend Mark. Durch das Statut (§ 37) kann die Versicherung auf einen höheren Jahresarbeitsverdienst erstreckt werden.

§ 7. Durch Statut kann ferner bestimmt werden, dass und unter welchen Bedingungen gegen die Folgen der bei dem Betrieb oder Dienste sich ereignenden Unfälle versichert werden können a) im Betriebe beschäftigte, aber nach §§ 1 oder 2 nicht versicherte Personen durch den Betriebsunternehmer; b) nicht im Betriebe beschäftigte, aber die Betriebsstätte besuchende oder auf derselben verkehrende Personen durch den Betriebsunternehmer oder den Vorstand der Berufsgenossenschaft (§ 32); c) Organe und Beamte der Berufsgenossenschaft durch deren Vorstand.

Gegenstand der Versicherung und Umfang der Entschädigung.

§§ 8—9 gleich §§ 8—9 des Gewerbeunfallversicherungsgesetzes siehe S. 805. §§ 10—13 handeln vom Jahresarbeitsverdienst und von dem anrechnungsfähigen Betrag.

§ 14. Den unter § 1 fallenden Personen, welche nach den Bestimmungen des Krankenversicherungsgesetzes gegen Krankheit versichert sind, ist im Falle eines Betriebsunfalls vom Beginne der fünften bis zum Ablaufe der dreizehnten Woche nach dem Eintritte des Unfalls ein Krankengeld von mindestens zwei Dritteln des bei der Berechnung zu Grunde gelegten Arbeitslohns zu gewähren. Die Differenz zwischen diesen zwei Dritteln und dem gesetzlich oder statutengemäss zu gewährenden niedrigeren Krankengeld ist der betheiligten Krankenkasse (Gemeindekrankenversicherung) von dem Unternehmer desjenigen Betriebs zu ersetzen, in welchem der

Unfall sich ereignet hat. Die zur Ausführung dieser Bestimmung erforderlichen Vorschriften erlässt das Reichs-Versicherungsamt.

Den nach § 1 versicherten Personen, welchen in Krankheitsfällen ein gesetzlicher Anspruch auf mindestens dreizehnwöchentliche Krankenfürsorge weder gegen Rheder noch gegen Krankenkassen zusteht, hat, sofern sie nicht mehr als zweitausend Mark Jahresarbeitsverdienst haben, in Fällen ihrer durch einen Betriebsunfall herbeigeführten Verletzung der Betriebsunternehmer während der ersten dreizehn Wochen nach Eintritt des Unfalls aus eigenen Mitteln Fürsorge zu gewähren. Das Maass dieser Fürsorge richtet sich bei Seeleuten nach den Bestimmungen des § 553 des Handelsgesetzbuchs und der §§ 48 ff. der Seemannsordnung, bei den sonstigen nach § 1 versicherten Personen nach den Bestimmungen der §§ 6, 7 des Krankenversicherungsgesetzes und den Bestimmungen des vorstehenden Absatzes über den bei Unfällen zu gewährenden Mehrbetrag des Krankengeldes. Die Berufsgenossenschaft kann die dem Unternehmer obliegenden Leistungen ganz oder theilweise statt desselben übernehmen. Der Unternehmer hat in diesem Falle der Berufsgenossenschaft Ersatz zu leisten. Dabei gilt als Ersatz der im § 9 Absatz 1 Ziffer 1 bezeichneten Leistungen bei den Seeleuten die Hälfte desjenigen Betrags, der für die Unterbringung des Verletzten in einem Krankenhaus am Sitze der zuständigen Section aufzuwenden gewesen wäre, bei den sonstigen Personen die Hälfte desjenigen Krankengeldes, welches dem Verletzten nach § 6 Absatz 1 Ziffer 2 des Krankenversicherungsgesetzes zustehen würde, wenn er nach dessen Bestimmungen versichert wäre.

§ 15 gleich § 13 siehe S. 807.

§ 16. Die Berufsgenossenschaft ist befugt, gegen Ersatz der Kosten demjenigen Betriebsunternehmer, welchem die Fürsorge für die ersten Wochen nach dem Unfall obliegt oder obgelegen hat, oder derjenigen Krankenkasse, welcher der Verletzte angehört oder zuletzt angehört hat, die Fürsorge für den Verletzten bis zur Beendigung des Heilverfahrens in demjenigen Umfange zu übertragen, welchen die Berufsgenossenschaft für geboten erachtet. Zu ersetzen ist bei Gewährung der im § 9 Absatz 1 Ziffer 1 bezeichneten Leistungen für die Dauer eines Jahres der vierte Theil des Jahresarbeitsverdienstes (§§ 10 bis 12), bei Unterbringung des Verletzten in ein Krankenhaus oder in eine Anstalt für Genesende drei Viertel dieses Jahresarbeitsverdienstes, sofern nicht höhere Aufwendungen nachgewiesen werden. Haben Krankenkassen oder Verbände von Krankenkassen Heilanstalten errichtet, in welchen ausreichende Einrichtungen für die Heilung der durch Unfall herbeigeführten Verletzungen getroffen sind, so kann die Landes-Centralbehörde anordnen, dass die Mitglieder der betreffenden Kassen bis zum Beginne der vierzehnten Woche nach Eintritt des Unfalls nur mit Genehmigung der Vorstände dieser Kassen in andere Heilanstalten untergebracht werden dürfen. Verletzte Personen, welche auf Veranlassung von Krankenkassen, Verbänden von Krankenkassen oder von Organen der Berufsgenossenschaft in eine Heilanstalt untergebracht sind, dürfen während des Heilverfahrens in andere Heilanstalten nur mit ihrer Zustimmung übergeführt werden. Diese Zustimmung kann durch die untere Verwaltungsbehörde des Aufenthaltsorts oder, soweit es sich um Seeleute in ausländischen Krankenhäusern handelt, durch dasjenige Seemannsamt ergänzt werden, in dessen Bezirke das Krankenhaus belegen ist. Als Krankenkassen im Sinne dieses Paragraphen, sowie der §§ 76b bis 76d des Krankenversicherungsgesetzes gelten ausser der Gemeinde-Krankenversicherung auch diejenigen Hülfskassen, welche die im § 75a a. a. O. vorgesehene amtliche Bescheinigung besitzen.

§§ 17—19 gleich §§ 22—24 siehe S. 809 mit entsprechender anderer Bezifferung der im Texte angeführten Paragraphen.

§ 20. Streitigkeiten, welche wegen Gewährung freier Kur und Verpflegung in einem Krankenhaus oder an Bord eines Fahrzeugs im Ausland entstehen, werden bis zu weiterer Entschliessung der zuständigen Genossenschaftsorgane durch dasjenige Seemannsamt, welches zuerst angegangen wird, entschieden. Diese Entscheidung ist vorläufig vollstreckbar.

Streitigkeiten, welche aus Anlass der in den §§ 14, 15 Absatz 3, § 16 enthaltenen Bestimmungen entstehen, werden, soweit es sich um Ansprüche von Seeleuten handelt, durch das Seemannsamt entschieden. Zuständig ist, soweit es sich um die Gewährung von Fürsorge handelt, dasjenige Seemannsamt, welches zuerst angegangen wird, und soweit es sich um Erstattungen handelt, das Seemannsamt des Heimathshafens. Gegen die Entscheidung des Seemannsamts findet die Berufung an das Reichs-Versicherungsamt statt. Das Rechtsmittel ist bei demselben innerhalb eines Monats nach Zustellung der Entscheidung einzulegen. Die Entscheidung ist vorläufig vollstreckbar, soweit es sich um Streitigkeiten über Fürsorge handelt.

Im Uebrigen werden Streitigkeiten der im Absatz 2 bezeichneten Art, wenn es sich um Ersatzansprüche handelt, nach § 58 Absatz 2 des Krankenversicherungsgesetzes, im Uebrigen nach § 58 Absatz 1 des Krankenversicherungsgesetzes entschieden, und zwar in den Fällen des § 14 Absatz 2 von der für die Orts-Krankenkassen des Beschäftigungsorts zuständigen Aufsichtsbehörde. Gehört diese zu den Betheiligten, so wird die zur Entscheidung des Streitfalls berufene Behörde durch die für den Beschäftigungsort zuständige höhere Verwaltungsbehörde bestimmt.

§ 21. Im Falle der Tödtung ist als Schadensersatz ausserdem zu leisten:

1. sofern nicht nach § 554 des Handelsgesetzbuchs oder § 51 der Seemannsordnung der Rheder die Bestattungskosten zu tragen hat, und sofern die Bestattung auf dem Lande erfolgt, als Sterbegeld für Seeleute zwei Drittel des nach §§ 10, 12 Absatz 1 für den Monat ermittelten Durchschnittsverdienstes, für die übrigen nach § 1 versicherten Personen der fünfzehnte Theil des nach § 11, 12 zu Grunde zu legenden Jahresarbeitsverdienstes, jedoch mindestens ein Betrag von fünfzig Mark;

2. eine den Hinterbliebenen vom Todestage des Verstorbenen ab zu gewährende Rente. Dieselbe besteht nach näherer Bestimmung der §§ 22 bis 26 in einem Bruchtheile seines nach §§ 10 bis 12 ermittelten Jahresarbeitsverdienstes.

Der Anspruch auf Sterbegeld steht Demjenigen zu, welcher die Beerdigung besorgt hat.

Ist bei den im § 11 bezeichneten Personen der der Berechnung zu Grunde zu legende Jahresarbeitsverdienst in Folge eines früher erlittenen, nach den reichsgesetzlichen Bestimmungen über Unfallversicherung entschädigten Unfalls geringer als der vor diesem Unfalle bezogene Lohn, so ist die aus Anlass des früheren Unfalls bei Lebzeiten bezogene Rente dem Jahresarbeitsverdienste bis zur Höhe des der früheren Rentenfeststellung zu Grunde gelegten Jahresarbeitsverdienstes hinzuzurechnen.

§§ 22—27 gleich §§ 16—21 siehe S. 808.

§ 28. Den Angehörigen eines Versicherten, welcher sich auf einem in See gegangenen Fahrzeuge befunden hat, steht der Anspruch auf Rente (§§ 21 ff.) auch dann zu, wenn dieses Fahrzeug untergegangen oder nach den Bestimmungen der §§ 862, 863 des Handelsgesetzbuchs als verschollen anzusehen ist, und seit dem Untergange oder seit den letzten Nachrichten von dem Fahrzeug ein Jahr verflossen ist, ohne dass von dem Leben des Vermissten glaubhafte Nachrichten eingegangen sind. Die Genossenschaft kann von den zum Bezuge von Renten berechtigten Hinterbliebenen verlangen, dass sie vor einer zur Abnahme von Eiden zuständigen Behörde die eidesstattliche Versicherung abgeben, von dem Leben des Vermissten keine anderen als die angezeigten Nachrichten erhalten zu haben. Die Zahlung der Rente beginnt

in den Fällen dieser Art mit dem Tage, an welchem das Fahrzeug untergegangen ist, oder, wenn das Fahrzeug verschollen war, nach Ablauf eines halben Monats von dem Tage ab, bis zu welchem die letzte Nachricht über das Fahrzeug reicht (§ 42 der Seemannsordnung). Der Anspruch auf fernere Rentenbezüge erlischt, wenn das Leben des als verstorben geltenden Ernährers nachgewiesen ist.

§§ 29—31 gleich §§ 25—27 siehe S. 810 mit anderer Bezifferung der im Texte angeführten Paragraphen. § 32 handelt von dem Träger der Versicherung (Berufsgenossenschaft). § 33 handelt von der Bestellung von Bevollmächtigten. §§ 34—64 behandeln die Organisation der Berufsgenossenschaften.

### IV. Feststellung und Auszahlung der Entschädigung. Anzeige und Untersuchung der Unfälle.

§ 65. Jeder Unfall, durch welchen eine auf dem Fahrzeuge beschäftigte Person auf der Reise getödtet wird, oder eine Körperverletzung erleidet, die eine völlige oder theilweise Arbeitsunfähigkeit von mehr als drei Tagen oder den Tod zur Folge hat, ist in das Schiffsjournal (Tagebuch, Loggbuch) einzutragen und in dem letzteren oder einem besonderen Anhange zu demselben kurz zu beschreiben. Ist ein Journal nicht zu führen, so hat der Schiffsführer eine besondere Nachweisung über die an Bord sich ereignenden Unfälle, welche die im Absatz 1 bezeichneten Folgen haben, zu führen. Von jeder Eintragung eines Unfalls, welchen eine auf dem Fahrzeuge beschäftigte Person auf der Reise erleidet, hat der Schiffsführer dem Seemannsamte, bei welchem es zuerst geschehen kann, eine von ihm beglaubigte Abschrift zu übergeben. Statt dessen kann das Journal oder die Nachweisung dem Seemannsamte zur Entnahme einer Abschrift der Eintragung vorgelegt werden. Das Seemannsamt hat das Journal oder die Nachweisung binnen vierundzwanzig Stunden zurückzugeben. Ereignete sich der Unfall im Inlande vor Antritt oder nach Beendigung der Reise, so hat der Schiffsführer binnen zwei Tagen nach dem Tage, an welchem er von dem Unfalle Kenntniss erlangt hat, dem Seemannsamt oder, falls ein solches am Orte des Unfalls nicht vorhanden ist, der Ortspolizeibehörde und dem durch das Statut zu bestimmenden Genossenschaftsorgane von dem Unfall Anzeige zu machen. Das Seemannsamt beziehungsweise die Ortspolizeibehörde hat diese Abschriften und Anzeigen dem Seemannsamte des Heimathshafens zu übersenden.

§ 66. Die Unternehmer der übrigen unter § 1 fallenden Betriebe haben binnen der im § 65 Absatz 4 bezeichneten Frist von den in ihren Betrieben sich ereignenden Unfällen, welche die im § 65 Absatz 1 bezeichneten Folgen haben, bei der Ortspolizeibehörde, in deren Bezirke sich der Unfall ereignet hat, Anzeige zu machen. Für den Betriebsunternehmer kann Derjenige, welcher zur Zeit des Unfalls den Betrieb oder den Betriebstheil, in welchem sich der Unfall ereignete, zu leiten hatte, die Anzeige erstatten; im Falle der Abwesenheit oder Behinderung des Betriebsunternehmers ist er dazu verpflichtet. Die Vorstände der unter Reichs- oder Staatsverwaltung stehenden Betriebe haben die Anzeige der vorgesetzten Dienstbehörde nach näherer Anweisung derselben zu erstatten.

§ 67. Das Formular für die Beschreibung der Unfälle (§. 65 Absatz 1), für die Nachweisung der Unfälle (§ 65 Absatz 2) und für die Unfallanzeige (§ 65 Absatz 4, § 66 Absatz 1, 2) wird vom Reichs-Versicherungsamte festgestellt.

§ 68. Jeder Unfall, durch welchen eine versicherte Person getödtet ist oder eine Körperverletzung erlitten hat, die voraussichtlich einen Entschädigungsanspruch auf Grund dieses Gesetzes zur Folge haben wird, ist sobald als möglich in den im § 76 b des Krankenversicherungsgesetzes und im § 15 dieses Gesetzes bezeichneten Fällen spätestens unmittelbar nach Eingang eines entsprechenden Ersuchens der

Berufsgenossenschaft oder der betheiligten Krankenkasse, von einem Seemannsamt oder von einer Ortspolizeibehörde des Inlandes nach näherer Bestimmung der §§ 69 bis 73 einer Untersuchung zu unterziehen, durch welche festzustellen sind: 1. die Veranlassung und die Art des Unfalls, 2. die getödteten oder verletzten Personen, 3. die Art der vorgekommenen Verletzungen, 4. der Verbleib der verletzten Personen, 5. die Hinterbliebenen der durch den Unfall getödteten oder nach dem Unfalle verschollenen und die Angehörigen der durch den Unfall verletzten Personen, welche auf Grund dieses Gesetzes einen Entschädigungsanspruch erheben können, 6. die Höhe der Renten, welche der Verletzte etwa auf Grund der Unfallversicherungsgesetze oder des Invalidenversicherungsgesetzes bezieht.

Auf Antrag des Vorstandes der Genossenschaft oder der Section oder der betheiligten Krankenkasse hat das Seemannsamt oder die Ortspolizeibehörde die Untersuchung auch dann vorzunehmen, wenn sie die Voraussetzung des ersten Absatzes nicht als gegeben ansieht.

§ 69. Ist die Untersuchung im Auslande zu führen, so hat der Schiffsführer vor demjenigen deutschen Seemannsamte (Consulat), vor welchem es zuerst geschehen kann, unter Zuziehung von zwei Schiffsofficieren oder anderen glaubhaften Personen über die nach § 68 festzustellenden Thatsachen eine eidesstattliche Erklärung abzugeben. Das Seemannsamt ist befugt, zur Feststellung des Sachverhalts auch andere als die von dem Schiffsführer zugezogenen Personen eidesstattlich zu vernehmen, sowie sonstige Untersuchungsverhandlungen herbeizuführen.

Ist die Untersuchung im Inlande zu führen, so ist dieselbe von dem Schiffsführer bei einem Seemannsamt oder, wo ein solches nicht vorhanden ist, bei einer Ortspolizeibehörde des Inlandes zu beantragen. Die angerufene Behörde hat die Untersuchung zu führen.

Bei Unfällen in anderen unter § 1 fallenden Betrieben, welche nicht Seeschifffahrtsbetriebe sind, erfolgt die Untersuchung durch diejenige Ortspolizeibehörde, an welche die Unfallanzeige (§ 66 Absatz 1) erstattet war. Auf Antrag Betheiligter (§ 70) kann die höhere Verwaltungsbehörde die Untersuchung einem anderen Seemannsamt oder einer anderen Ortspolizeibehörde übertragen. Bei den unter Reichs- oder Staatsverwaltung stehenden Betrieben hat die vorgesetzte Dienstbehörde die Untersuchung zu führen oder einer anderen Behörde zu übertragen. Auf die Verpflichtung der Schiffsmannschaft zur Mitwirkung bei diesen Erklärungen und Verhandlungen finden die Bestimmungen des § 33 der Seemannsordnung entsprechende Anwendung.

§ 70. Zu den Untersuchungsverhandlungen (§ 69) sind, soweit dies ausführbar, der Verletzte, beziehungsweise dessen Hinterbliebene oder ein von ihnen zu bestellender Vertreter, ein Vertreter der Genossenschaft und sonstige Betheiligte zu laden und auf Antrag des Betriebsunternehmers, des Schiffsführers oder des Vertreters der Genossenschaft Sachverständige zuzuziehen. Ist die Genossenschaft in Sectionen getheilt oder sind von der Genossenschaft Vertrauensmänner bestellt, so kann die Mittheilung von der Einleitung der Untersuchung an den Sectionsvorstand, beziehungsweise an den Vertrauensmann gerichtet werden. Die Kosten für die Zuziehung von Sachverständigen fallen der Genossenschaft zur Last.

§ 71. Durch eine Verklärung (§§ 522 ff. des Handelsgesetzbuchs) wird die eidesstattliche Erklärung, sowie die Unfalluntersuchung ersetzt, wenn bei der Verklärung den Bestimmungen der §§ 68, 70 genügt ist.

§ 72. Beglaubigte Abschrift der Unfalluntersuchungsverhandlung (§ 69) oder Verklärung (§ 71) ist von der Behörde sobald als möglich dem Vorstande der Berufsgenossenschaft zu übersenden. Der Vorstand hat den Betheiligten auf ihren Antrag

die Einsicht der Verhandlungen zu gestatten und gegen Erstattung der Schreibgebühren Abschrift zu ertheilen. Die Erstattung der Schreibgebüren kann erlassen werden.

§ 73. Die Bestimmungen des Gesetzes, betreffend die Untersuchung von Seeunfällen, vom 27. Juli 1877 (Reichs-Gesetzbl., S. 549) über die Verpflichtung der Gerichte, Hafenbehörden, Strandbehörden, Seemannsämter und Schiffsregisterbehörden, von den zu ihrer Kenntniss gelangenden Seeunfällen ungesäumt Anzeige zu machen (§ 14 a. a. O.), sowie über die Verpflichtung der deutschen Seemannsämter im Auslande, bei den zu ihrer Kenntniss gelangenden Seeunfällen diejenigen Ermittelungen und Beweiserhebungen vorzunehmen, welche keinen Aufschub dulden (§ 15 a. a. O.), werden auf alle Unfälle erstreckt, welche die im § 68 erwähnten Folgen haben. Die Anzeigen (§ 14 des Gesetzes vom 27. Juli 1877) sind bei Unfällen der letzteren Art, unbeschadet der bei Seeunfällen bestehenden Verpflichtung, einem zuständigen Seeamt Anzeige zu machen, an den Genossenschaftsvorstand zu richten. Wenn nach Ablauf von sechs Monaten seit der Kenntniss von dem Unfall eine Benachrichtigung über die Einleitung einer Unfalluntersuchung nicht eingetroffen ist, so sind die Untersuchungsverhandlungen von dem Seemannsamte des Heimathshafens einzuleiten.

### Feststellung der Entschädigungen.

§ 74. Die Beschlussfassung über die Feststellung der Entschädigungen (§§ 8 bis 27) erfolgt:

1. sofern die Genossenschaft in Sectionen eingetheilt ist, durch den Vorstand der Section, wenn es sich handelt a) um die im § 9 Absatz 1 Ziffer 1 bezeichneten Leistungen, b) um die für die Dauer einer voraussichtlich vorübergehenden Erwerbsunfähigkeit zu gewährende Rente, c) um das Sterbegeld, d) um die Aufnahme des Verletzten in eine Heilanstalt, e) um die den Angehörigen eines Verletzten für die Zeit seiner Behandlung in einer Heilanstalt zu gewährende Rente;

2. in allen übrigen Fällen durch den Vorstand der Genossenschaft.

Zuständig ist die Section, in deren Bezirke der Heimathshafen desjenigen Fahrzeugs belegen ist, oder derjenige Betrieb seinen Sitz hat, bei welchem der Unfall sich ereignet hat. Das Genossenschaftsstatut kann bestimmen, dass die Feststellung in den Fällen des Absatz 1 Ziffer 1 und 2 durch ein anderes Organ der Genossenschaft oder durch einen Ausschuss des Genossenschafts- oder Sectionsvorstandes oder durch besondere Commissionen oder durch örtliche Beauftragte (Vertrauensmäner) zu bewirken ist.

Soll auf Grund eines ärztlichen Gutachtens die Bewilligung einer Entschädigung abgelehnt oder nur eine Theilrente festgestellt werden, so ist vorher der behandelnde Arzt zu hören. Steht dieser zu der Genossenschaft in einem Vertragsverhältnisse, so ist auf Antrag ein anderer Arzt zu hören.

§ 75. Soll die Bewilligung einer Entschädigung abgelehnt werden, so ist diese Absicht dem Verletzten, sofern er im Inlande anwesend ist, oder im Falle seines Todes seinen Hinterbliebenen, soweit sie nach §§ 22 bis 25, 27 entschädigungsberechtigt sein würden, mitzutheilen. Soll eine Entschädigung bewilligt werden, so ist den genanten Personen die Höhe der in Aussicht genommenen Entschädigung mit den rechnungsmässigen Grundlagen mitzutheilen.

Der Verletzte, sowie seine Hinterbliebenen (§§ 22 bis 25) sind befugt, auf diese Mittheilung innerhalb zweier Wochen sich zu äussern. Auf ihren innerhalb der gleichen Frist gestellten Antrag hat die untere Verwaltungsbehörde diese Aeusserung zu Protokoll zu nehmen. Wird ein solcher Antrag gestellt, so hat hiervon die untere

Verwaltungsbehörde unverzüglich dem zuständigen Genossenschaftsorgane Kenntniss zu geben; dieses hat bis zum Eingange des Protokolls den Bescheid auszusetzen.

Bei den im Absatz 1 bezeichneten Mittheilungen hat das zuständige Genossenschaftsorgan auf die aus Absatz 2 und aus § 74 Absatz 3 sich ergebenden Befugnisse, sowie auf die im Absatz 2 vorgesehene Frist hinzuweisen.

§ 76 gleich § 71 siehe S. 813.

§ 77. Entschädigungsberechtigte, für welche die Entschädigung nicht von Amtswegen festgestellt ist, haben ihren Entschädigungsanspruch bei Vermeidung des Ausschlusses vor Ablauf von zwei Jahren nach dem Eintritte des Unfalls oder, falls der Anspruch von Hinterbliebenen solcher Versicherten erhoben wird, welche auf einem für verschollen zu erachtenden Schiffe gefahren sind, vor Ablauf von zwei Jahren nach Ablauf der Verschollenheitsfristen (§§ 862, 863 des Handelsgesetzbuchs) bei dem Genossenschaftsvorstand anzumelden. Die Frist gilt auch dann als gewahrt, wenn die Anmeldung bei einem nicht zuständigen Genossenschaftsorgan oder bei einer anderen Berufsgenossenschaft oder bei der für den Wohnort des Entschädigungsberechtigten zuständigen unteren Verwaltungsbehörde erfolgt ist. In solchem Falle ist die Anmeldung unverzüglich an die zuständige Stelle abzugeben und der Betheiligte davon zu benachrichtigen.

Absatz 2 gleich Absatz 2 § 72 siehe S. 813.

§§ 78, 79 gleich §§ 73, 75 siehe SS. 813, 814.

### Berufung.

§ 80. Gegen den Bescheid, durch welchen der Entschädigungsanspruch abgelehnt wird, sowie gegen den Bescheid, durch welchen die Entschädigung festgestellt wird, findet die Berufung auf schiedsgerichtliche Entscheidung statt. Die Berufung ist bei dem Schiedsgerichte (Gesetz, betreffend die Abänderung der Unfallversicherungsgesetze, § 3) zu erheben, in dessen Bezirke der Heimathshafen desjenigen Fahrzeugs belegen ist, oder derjenige Betrieb seinen Sitz hat, in welchem der Unfall sich ereignet hat. Ist der Heimathshafen nicht im Bezirk eines Schiedsgerichts belegen, so ist die Berufung bei dem für den Sitz der Berufsgenossenschaft zuständigen Schiedsgerichte zu erheben. Die Berufung hat, ausgenommen im Falle des § 18, keine aufschiebende Wirkung. Die Berufung ist bei Vermeidung des Ausschlusses innerhalb eines Monats, von solchen Personen aber, welche sich ausserhalb Europas aufhalten, binnen einer von demjenigen Genossenschaftsorgane, welches den angefochtenen Bescheid erlassen hat, zu bestimmenden, auf mindestens drei Monate zu bemessenden Frist nach der Zustellung des angefochtenen Bescheids einzulegen. Die Frist gilt auch dann als gewahrt, wenn innerhalb derselben die Berufung bei einer anderen inländischen Behörde, bei einem deutschen Seemannsamt im Ausland oder bei einem Genossenschaftsorgan eingegangen ist. Diese haben die Berufungsschrift unverzüglich an das zuständige Schiedsgericht abzugeben. Der Bescheid muss die Bezeichnung des für die Berufung zuständigen Schiedsgerichts sowie die Belehrung über die einzuhaltende Frist enthalten.

§§ 81—97 gleich §§ 77—93 siehe SS. 814—818 mit anderer Bezifferung der im Texte angeführten Paragraphen.

### Ruhen der Rente.

§ 98. Das Recht auf Bezug der Rente ruht: 1. solange der Berechtigte eine die Dauer von einem Monat übersteigende Freiheitsstrafe verbüsst, oder solange er in einem Arbeitshaus oder in einer Besserungsanstalt untergebracht ist. Hat der Berechtigte im Inlande wohnende Angehörige, welche im Falle seines Todes Anspruch

auf Rente haben würden, so ist diesen die Rente bis zur Höhe jenes Anspruchs zu überweisen; 2. solange der Berechtigte auf fremden Kriegsschiffen Dienste thut; 3. solange der Berechtigte, ohne auf einem deutschen Schiffe angemustert zu sein, im Auslande sich aufhält und es unterlässt, der Berufsgenossenschaft seinen Aufenthalt mitzutheilen.

Die Berufsgenossenschaft ist befugt, über die Mittheilung des Aufenthaltsorts Vorschriften zu erlassen und darin anzuordnen, dass der Rentenberechtigte sich von Zeit zu Zeit bei einem Seemannsamte persönlich vorzustellen hat. Kürzere als einjährige Fristen dürfen durch diese Vorschriften nicht angeordnet werden. Die Vorschriften bedürfen der Genehmigung des Reichs-Versicherungsamts.

Weist der Entschädigungsberechtigte nach, dass er der Vorstellungspflicht ohne sein Verschulden nicht hat genügen können, so lebt insoweit das Recht auf den Bezug der Rente wieder auf.

§§ 99—100 gleich §§ 95—96 siehe SS. 818, 819 mit anderer Bezifferung der im Texte angeführten Paragraphen.

### Auszahlung der Entschädigungen.

§ 101. Die Auszahlung der auf Grund dieses Gesetzes zu leistenden Entschädigungen wird auf Anweisung des Genossenschaftsvorstandes vorschussweise durch deutsche Postverwaltungen, und zwar in der Regel durch diejenige Postanstalt bewirkt, in deren Bezirke der Heimathshafen des Schiffes, auf welchem der Unfall sich zugetragen hatte, belegen ist.

Der Entschädigungsberechtigte kann jedoch Ueberweisung der Auszahlung an die Postanstalt seines Wohnorts verlangen.

§§ 102—117 behandeln die Vermögens- und Kassenverwaltung der Berufsgenossenschaft. §§ 118—122 behandeln die Unfallverhütung. §§ 123—126 behandeln die Ueberwachung der Betriebe. §§ 127, 128 gleich §§ 125, 126 siehe S. 820.

### VII. Reichs- und Staatsbetriebe.

§ 129. Für Betriebe des Reichs oder eines Bundesstaats tritt bei Anwendung dieses Gesetzes an die Stelle der Berufsgenossenschaft das Reich beziehungsweise der Bundesstaat. Die Befugnisse und Obliegenheiten der Genossenschaftsversammlung und des Genossenschaftsvorstandes werden durch Ausführungsbehörden wahrgenommen, welche für das Reich vom Reichskanzler, für den Bundesstaat von der Landes-Centralbehörde zu bezeichnen sind. Dem Reichs-Versicherungsamt ist mitzutheilen, welche Behörden als Ausführungsbehörden bezeichnet worden sind.

Die Bestimmungen des vorhergehenden Absatzes finden keine Anwendung, soweit der Reichskanzler beziehungsweise die Landes-Centralbehörde erklärt, dass Betriebe dieser Art der Berufsgenossenschaft angehören sollen.

§ 130. Soweit das Reich oder ein Bundesstaat an die Stelle der Berufsgenossenschaft tritt, finden die §§ 32—64, 103—111, 112 Absatz 2, 3, §§ 113—116, 118 bis 128, 143—147 keine Anwendung. § 131. Die Feststellung der Entschädigungen (§ 74) erfolgt durch die in den Ausführungsvorschriften zu bezeichnende Behörde. § 132. Die zur Durchführung der Bestimmungen in §§ 129—131 erforderlichen Ausführungsvorschriften sind für die Reichsverwaltungen vom Reichskanzler, für die Landesverwaltungen von der Landes-Centralbehörde zu erlassen.

§§ 133—137 handeln von der Haftung der Betriebsunternehmer und Betriebsbeamten.

Haftung Dritter.

§ 138. Bei Zusammenstössen mehrerer unter dieses Gesetz fallender Fahrzeuge finden die Bestimmungen der §§ 133—137 auf die Rheder oder Mitrheder, Lootsen, Bevollmächtigten und Repräsentanten, Betriebsaufseher oder Personen der Schiffsbesatzungen sämmtlicher bei dem Zusammenstosse betheiligten Fahrzeuge Anwendung.

Im Uebrigen bestimmt sich die Haftung dritter, in den §§ 133, 134 nicht bezeichneter Personen, nach den sonstigen gesetzlichen Vorschriften. Insoweit den nach Maassgabe dieses Gesetzes entschädigungsberechtigten Personen ein gesetzlicher Anspruch auf Ersatz des ihnen durch den Unfall entstandenen Schadens gegen Dritte erwachsen ist, geht dieser Anspruch auf die Berufsgenossenschaft im Umfang ihrer durch dieses Gesetz begründeten Entschädigungspflicht über.

§§ 139—141 gleich §§ 141—144 siehe S. 821. § 142 handelt von der Gebühren- und Stempelfreiheit. §§ 143—147 enthalten Strafbestimmungen. § 148 handelt von den zuständigen Landesbehörden. § 149 von der Strafvollstreckung. Geldstrafen, welche auf Grund dieses Gesetzes verhängt sind, mit Ausnahme derjenigen, auf welche von den Gerichten erkannt ist, werden in derselben Weise beigetrieben wie Gemeindeabgaben und fliessen in die Genossenschaftskasse. § 150 von den Zustellungen. § 151. An die Stelle des § 134 Absatz 2 Ziffer 3 des Invalidenversicherungsgesetzes (Reichs-Gesetzbl. 1899 S. 531) tritt folgende Bestimmung: 3. für die auf Grund des See-Unfallversicherungsgesetzes versicherten Seeleute, mit Ausnahme der in Schlepper- und Leichterbetrieben beschäftigten Personen, der Durchschnittsbetrag des Jahresarbeitsverdienstes, welcher gemäss § 10 a. a. O. vom Reichskanzler festgesetzt worden ist.

*β*) Unfallversicherung im Kleinbetriebe der Seeschifffahrt sowie in der See- und Küstenfischerei.

§ 152. Die vorstehenden Bestimmungen finden mit den aus den folgenden Paragraphen sich ergebenden Abweichungen entsprechende Anwendung: 1. auf die Besatzung solcher Seefahrzeuge, welche nicht mehr als fünfzig Kubikmeter Brutto-Raumgehalt haben und dabei weder Zubehör eines grösseren Fahrzeugs noch auf die Fortbewegung durch Dampf oder andere Maschinenkräfte eingerichtet sind; 2. auf die Besatzung derjenigen Fahrzeuge, welche zur Ausübung der Fischerei in den im § 3 Absatz 2 bezeichneten Gewässern bestimmt und nicht bereits durch den Bundesrath auf Grund früherer gesetzlicher Bestimmungen der Unfallversicherung nach Maassgabe der §§ 1 ff. unterworfen sind; 3. auf die Besatzung von Fahrzeugen, welche zur Ausübung der Fischerei auf anderen mit der See in Verbindung stehenden, von Seeschiffen befahrenen Gewässern innerhalb der vom Bundesrathe zu bestimmenden örtlichen Grenze bestimmt sind.

§ 153. Der Versicherungspflicht unterliegen auch die Unternehmer gewerblicher Schifffahrts- und Fischereibetriebe der im § 152 bezeichneten Art, sofern sie zur Besatzung des Fahrzeugs gehören und bei dem Betriebe regelmässig keinen oder nicht mehr als zwei Lohnarbeiter beschäftigen.

§ 154. Als Jahresarbeitsverdienst gilt das Dreihundertfache des ortsüblichen Tagelohns gewöhnlicher Tagearbeiter desjenigen Ortes, in welchem der Betrieb seinen Sitz hat.

§ 155. Während der ersten dreizehn Wochen nach Eintritt eines Unfalls hat die Gemeinde, in deren Bezirke der Betrieb seinen Sitz hat, dem Verletzten die im § 6 Absatz 1 Ziffer 1 des Krankenversicherungsgesetzes bezeichneten Leistungen zu gewähren, sofern derselbe sich nicht im Ausland aufhält oder auf Grund der Kran-

kenversicherung oder anderer Rechtsverhältnisse Anspruch auf eine mindestens gleiche Fürsorge hat. Soweit solchen Personen diese Leistungen von dem zunächst Verpflichteten nicht gewährt werden, hat die Gemeinde dieselben zu übernehmen. Die zu diesem Zwecke gemachten Aufwendungen sind von den Verpflichteten zu ersetzen. Für ausserhalb des Gemeindebezirkes wohnhafte Personen hat auf Verlangen der verpflichteten Gemeinde die Gemeinde ihres Wohnorts die im Absatz 1 bezeichneten Leistungen vorbehaltlich des Kostenersatzes zu übernehmen. Als Ersatz der Kosten gilt die Hälfte des nach dem Krankenversicherungsgesetze zu gewährenden Mindestbetrags des Krankengeldes, sofern nicht höhere Aufwendungen nachgewiesen werden. Die Versicherungsanstalt (§ 158) ist befugt, die im Absatz 1 bezeichneten Leistungen selbst zu übernehmen. Die Versicherungsanstalt kann ferner gegen Erstattung der Kosten derjenigen Gemeinde, welcher die Fürsorge für die ersten dreizehn Wochen nach dem Unfall obliegt, die Fürsorge für den Verletzten bis zur Beendigung des Heilverfahrens übertragen.

§ 156. Streitigkeiten über Unterstützungsansprüche, welche aus der Bestimmung des § 155 zwischen den Verletzten einerseits und den Gemeinden andererseits entstehen, werden von der Aufsichtsbehörde entschieden. Die Entscheidung ist vorläufig vollstreckbar. Dieselbe kann im Verwaltungsstreitverfahren, wo ein solches nicht besteht, im Wege des Recurses nach Maassgabe der Vorschriften der §§ 20, 21 der Gewerbeordnung angefochten werden. Streitigkeiten über Ersatzansprüche, welche aus den Bestimmungen des § 155 entstehen, werden im Verwaltungsstreitverfahren, wo ein solches nicht besteht, von der Aufsichtsbehörde der in Anspruch genommenen Gemeinde oder Krankenkasse entschieden. Die Entscheidung der Letzteren kann innerhalb eines Monats nach der Zustellung im Wege des Recurses nach Maassgabe der §§ 20, 21 der Gewerbeordnung angefochten werden. Der Landes-Centralbehörde bleibt überlassen, vorzuschreiben, dass anstatt des Recursverfahrens die Berufung auf den Rechtsweg mittelst Erhebung der Klage stattfindet.

§ 157. Im Falle der Tödtung wird als Sterbegeld, sofern die Bestattung zu Lande erfolgt, das Zwanzigfache des ortsüblichen Tagelohns (§ 154), jedoch mindestens ein Betrag von fünfzig Mark ersetzt.

§ 158. Die Versicherung erfolgt durch eine in der Berufsgenossenschaft errichtete Versicherungsanstalt. Träger der Versicherungsanstalt ist die Berufsgenossenschaft. Der Genossenschaftsvorstand und die Genossenschaftsversammlung führen die Verwaltung der Versicherungsanstalt, soweit nicht besondere statutarische Bestimmungen getroffen werden.

§ 159. Die Einnahmen und Ausgaben der Versicherungsanstalt sind besonders zu verrechnen und ihre Bestände gesondert zu verwahren. Das für die Zwecke der Versicherungsanstalt bestimmte Vermögen darf für die übrigen Zwecke der Genossenschaft nicht verwendet werden. Die für den Geschäftsbetrieb der Versicherungsanstalt etwa erforderlichen Mittel hat die Berufsgenossenschaft, soweit nöthig aus ihrem Reservefond, vorzuschiessen. Die Versicherungsanstalt darf andere als die in §§ 152, 153 bezeichneten Versicherungen nicht übernehmen. Die Verwaltungskosten der Versicherungsanstalt trägt die Berufsgenossenschaft.

§ 160. Die Bestimmungen über die Verpflichtung zur Bestellung eines Bevollmächtigten für jedes Fahrzeug (§ 33), über die Abschätzung der Fahrzeuge (§ 49), die Führung eines Katasters (§ 59) sowie über die Verpflichtung zur Führung besonderer Nachweisungen über die an Bord sich ereignenden Unfälle (§ 65) finden keine Anwendung.

§ 161. Für die Versicherungsanstalt hat die Genossenschaftsversammlung ein

Nebenstatut zu errichten. Dasselbe muss Bestimmung treffen: 1. über die Abgrenzung der Befugnisse des Vorstandes und der Genossenschaftsversammlung sowie etwaiger sonstiger für die Verwaltung der Versicherungsanstalt bestellter Organe; 2. über die Aufstellung, Prüfung und Abnahme der Jahresrechnung; 3. über die Voraussetzungen einer Abänderung des Nebenstatuts.

Die Bestimmungen des § 39 finden entsprechende Anwendung.

§ 162. Die Mittel zur Deckung der Entschädigungsbeträge werden durch Beiträge aufgebracht, welche vom Reichs-Versicherungsamte mindestens alle fünf Jahre im voraus festzustellen und so zu berechnen sind, dass durch dieselben ausser den sonstigen Leistungen der Versicherungsanstalt der Capitalwerth der von der Versicherungsanstalt voraussichtlich zu gewährenden Renten gedeckt wird.

Die Beiträge sind nach näherer Bestimmung der Landes-Centralbehörde von den Küstenbezirke umfassenden weiteren Communalverbänden der Seeuferstaaten zu entrichten und werden auf dieselben nach der Zahl derjenigen Personen vertheilt, welche in ihren Bezirken in Betrieben der im § 152 bezeichneten Art als erwerbsthätige Personen beschäftigt sind. Der Bundesrath ist befugt, anzuordnen, dass die Vertheilung unter Berücksichtigung der Dauer der Beschäftigung und der Verschiedenheit der ortsüblichen Tagelöhne zu erfolgen hat.

§ 163. Innerhalb der weiteren Communalverbände werden die Beiträge zur Hälfte wie die sonstigen Lasten des Communalverbandes, zur anderen Hälfte nach näherer Bestimmung des weiteren Communalverbandes von den Unternehmern der nach § 152 versicherten Betriebe durch Vermittelung der betheiligten Communalverbände oder Gemeinden aufgebracht. Die letzteren können mit Genehmigung ihrer Aufsichtsbehörde diese Lasten ganz oder theilweise aus eigenen Mitteln bestreiten und haften für uneinziehbare Beiträge. Sie können bestimmen, dass die bezeichneten Unternehmer einen Wechsel in der Person desjenigen, für dessen Rechnung der Betrieb erfolgt, zur Vermeidung der im § 62 angedrohten Rechtsnachtheile dem Vorstande des Communalverbandes anzuzeigen haben. Gegen die Heranziehung zu Beiträgen steht dem Unternehmer innerhalb zweier Wochen nach der Zustellung die Beschwerde an das Reichs-Versicherungsamt zu. Dieselbe kann nur auf die Behauptung gestützt werden, dass eine Verpflichtung zur Entrichtung von Beiträgen nicht vorliegt. Sonstige aus der Heranziehung zu Beiträgen abgeleitete Beschwerden sind innerhalb zweier Wochen nach der Zustellung an die Aufsichtsbehörde zu richten, welche endgültig entscheidet. Die Landes-Centralbehörden bestimmen, welche Verbände als Communalverbände im Sinne der vorstehenden Bestimmungen anzusehen sind.

§ 164. Die Anzeige des Unfalls (§ 66) ist schriftlich oder mündlich an diejenige Ortspolizeibehörde im Inlande zu richten, in deren Bezirke sich der Unfall ereignet hat oder der erste Aufenthalt nach demselben genommen wird. Die Untersuchung des Unfalls (§ 68) erfolgt durch diejenige Ortspolizeibehörde, an welche die Unfallanzeige erstattet ist. Auf Antrag Betheiligter kann die höhere Verwaltungsbehörde die Untersuchung einer anderen Polizeibehörde übertragen.

Ueber die Invalidenversicherung der Seeleute siehe

c) Invalidenversicherungsgesetz (§§ 1, 52, 167 SS. 833, 847, 851).

### 3. Vorschriften über die Krankenfürsorge auf Kauffahrteischiffen.

Mittelst Rundschreibens des Reichskanzlers vom 30. Juli 1898 ist den Regierungen der Seebundesstaaten anheimgegeben worden, nachstehende „Vorschriften,

betreffend die Ausrüstung der Kauffahrteischiffe mit Hülfsmitteln zur Krankenpflege und die Mitnahme von Schiffsärzten" zu erlassen.[1]).

§ 1. Hochseefischereifahrzeuge, Eisbrecher, Seeschlepper, Fahrzeuge gewerbetreibender Lootsen und solche anderen Seeschiffe, welche auf der Reise die räumlichen Grenzen der kleinen Fahrt (§ 2 der Bekanntmachung vom 6. August 1887 — Reichs-Gesetzblatt, S. 395 —) nicht überschreiten, müssen, sofern sie mehr als zwei Mann an Bord haben, mit den im anliegenden Verzeichnisse I angegebenen Arzneien und anderen Hülfsmitteln zur Krankenpflege ausgerüstet werden.

§ 2. Schiffe, welche auf der Reise die räumlichen Grenzen der kleinen Fahrt überschreiten sollen, müssen, sofern sie einen Schiffsarzt nicht führen, mit den im anliegenden Verzeichnisse II[2]) aufgeführten Arzneien und anderen Hülfsmitteln, sowie Lebensmitteln zur Krankenpflege, je nach der Zahl der eingeschifften Personen ausgerüstet werden.

§ 3. Schiffe der im § 2 bezeichneten Art, welche einen Schiffsarzt führen, müssen a) mit den im anliegenden Verzeichnisse III[2]) aufgeführten Arzneien und anderen Hülfsmitteln, sowie Lebensmitteln zur Krankenpflege ausgerüstet, b) mit einem genügend geschützten, thunlichst isolirten Krankenraum ausgestattet werden.

Die im Verzeichnisse III in [—] aufgeführten Arzneien und anderen Hülfsmittel dürfen auf solchen Schiffen fehlen, auf denen Kinder bezw. Frauen nicht eingeschifft sind und voraussichtlich nicht eingeschifft werden. Die örtliche Medicinalbehörde ist befugt, eine Vermehrung der zu a bezeichneten Arzneien und anderen Hülfsmittel nach Art und Menge erforderlichenfalls anzuordnen.

§ 4. Schiffe, welche auf der Reise die räumlichen Grenzen der kleinen Fahrt überschreiten sollen und mehr als fünfzig Reisende oder insgesammt mehr als hundert Personen an Bord haben oder voraussichtlich erhalten werden, müssen einen zur unentgeltlichen Behandlung der eingeschifften Personen verpflichteten, in Deutschland approbirten Arzt an Bord nehmen. Die gleiche Pflicht besteht für Reisen im Verkehr mit Häfen des afrikanischen Festlandes zwischen den Wendekreisen bereits dann, wenn mehr als fünfundzwanzig Reisende oder insgesammt mehr als fünfzig Personen an Bord sind oder voraussichtlich an Bord gelangen werden.

Auf Schiffe, welche sich innerhalb der ostasiatischen Gewässer mit der Beförderung von Eingeborenen beschäftigen, findet die vorstehende Vorschrift nur dann Anwendung, wenn auf ihnen die Zahl der übrigen Reisenden mehr als fünfzig oder die Zahl dieser Reisenden mit derjenigen der Mannschaften europäischer Herkunft zusammen mehr als hundert beträgt.

§ 5. Der Arzt hat sich vor dem Antritt der Reise bei der örtlichen Medicinalbehörde vorzustellen und seine Verwendbarkeit darzulegen. Die Behörde ist befugt, die Verwendung eines ungeeigneten Arztes zu untersagen. Nach Beendigung jeder Reise und zwar vor der Abmusterung hat sich der Arzt bei der genannten Behörde wiederum persönlich zu melden.

Während der Reise hat der Arzt ein Verzeichniss der von ihm behandelten

---

1) Dieselben sind mit unerheblichen Abänderungen erlassen in Preussen durch die Verordnung vom 17. März 1899; in Oldenburg d. d. 14. December 1898; in Lübeck d. d. 21. December 1898; in Bremen d. d. 7. December 1898; in Hamburg d. d. 30. November 1898; in Mecklenburg-Schwerin d. d. 9. Februar 1899 (Vergl. Veröffentlichungen des Kaiserl. Gesundheitsamtes 1899 S. 300 ff.).

2) Von dem Abdruck der Verzeichnisse II und III musste mit Rücksicht auf den knapp bemessenen Raum Abstand genommen werden. Dieselben finden sich in den Veröffentlichungen des Kaiserl. Gesundheitsamts 1899 SS. 303—310.

Kranken mit Angabe der Krankheit, sowie ein Tagebuch über hygienisch oder sonst ärztlich wichtige Wahrnehmungen und Maassnahmen an Bord zu führen und dem Schiffer vorzulegen. Nach Beendigung jeder Reise sind diese Schriftstücke seitens des Rheders dem zuständigen Medicinalbeamten und zwar so zeitig zuzustellen, dass sie ihr vor der gemäss Absatz 1 erfolgenden persönlichen Meldung des Arztes vorliegen.

§ 6. Die Ausrüstung mit den Arzneien und anderen Hülfsmitteln, sowie Lebensmitteln zur Krankenpflege hat der Rheder und, wenn sie während der Reise zu vervollständigen ist, der Schiffer zu besorgen.

§ 7. Die Arzneien sind thunlichst aus einer deutschen Apotheke zu beziehen und müssen den Anforderungen des Arzneibuches für das Deutsche Reich entsprechen, soweit nicht eine andere Zusammensetzung in den Arzneiverzeichnissen vorgesehen ist. Die anderen Hülfsmittel dürfen auch anderweitig bezogen werden, müssen jedoch von der an Land in Krankenhäusern üblichen, brauchbaren und dauerhaften Beschaffenheit sein.

§ 8. Die zum inneren Gebrauche bestimmten flüssigen Arzneien dürfen nur in runden Gläsern mit Zetteln von weisser Grundfarbe, die zum äusseren Gebrauche bestimmten flüssigen Arzneien dagegen nur in sechseckigen Gläsern, an welchen drei nebeneinander liegende Flächen glatt und die übrigen mit Längsrippen versehen sind, mit Zetteln von rother Grundfarbe abgegeben werden.

Flüssige Arzneien, welche durch die Einwirkung des Lichtes verändert werden, sind in gelbbraun gefärbten Gläsern abzugeben.

§ 9. Die Standgefässe sind, sofern sie nicht stark wirkende Mittel enthalten, mit schwarzer Schrift auf weissem Grunde —, sofern sie Mittel enthalten, welche in Tabelle B des Arzneibuchs für das Deutsche Reich aufgeführt sind, mit weisser Schrift auf schwarzem Grunde —, sofern sie Mittel enthalten, welche in Tabelle C ebenda aufgeführt sind, mit rother Schrift auf weissem Grunde zu bezeichnen. Standgefässe für Mineralsäuren, Laugen, Brom und Jod dürfen mittelst Radir- oder Aetzverfahrens hergestellte Aufschriften auf weissem Grunde haben.

§ 10. Alle Arzneibehältnisse (Standgefässe und an Kranke abzugebende Behältnisse) müssen mit deutlichen Aufschriften versehen sein. Diesen sind auf Schiffen ohne Arzt thunlichst kurze gedruckte Gebrauchsanweisungen und etwa zu beobachtende Vorsichtsmaassregeln entsprechend den Weisungen im Verzeichnisse I Spalte 3 bezw. II Spalte 6 beizufügen. Auf alle an Kranke abzugebende Flaschen, Kruken u. s. w. mit äusserlich zu verwendenden Mitteln ist ein Zettel mit der Aufschrift „Aeusserlich“ aufzukleben.

§ 11. Die Arzneien und anderen Hülfsmittel zur Krankenpflege sind entweder in einer (Medicin-) Kiste oder in einem besonders eingerichteten, wohl verwahrten Raume (Schiffsapotheke) trocken aufzubewahren und unter Verschluss zu halten. Der Schlüssel ist jederzeit an Bord aufzubewahren. Die im Verzeichnisse III mit einem Stern * versehenen Arzneien sind in einem besonderen verschliessbaren Giftschranke oder sonst geeigneten Behältnisse aufzubewahren. Der Arzt hat sie unter Verschluss zu halten und den Schlüssel sicher zu verwahren. Sieht sich der Schiffer genöthigt, im Auslande Arzneien an Bord zu nehmen, welche abweichend von der im Deutschen Arzneibuch vorgeschriebenen Zubereitung hergestellt oder nach fremdländischem Gewicht abgetheilt sind, so sind dieselben in einer besonderen Abtheilung der Medicinkiste oder Schiffsapotheke bezw. des Giftschrankes aufzubewahren.

§ 12. In der Medizinkiste bezw. Schiffsapotheke muss ein Verzeichniss der vorgeschriebenen Arzneien und anderen Hülfsmittel sowie eine dem Verzeichnisse I und II entsprechende Gebrauchsanweisung in gut leserlichem Zustande vorhanden sein.

§ 13. Mindestens einmal im Jahre hat der Rheder die Ausrüstung durch einen seitens der örtlichen Medicinalbehörde für derartige Zwecke bezeichneten deutschen Arzt oder Apotheker nachprüfen und dabei feststellen zu lassen, ob die Ausrüstung für die nächstbevorstehende Reise genügt. Ueber den Befund ist eine Bescheinigung auszustellen, in welcher die etwa vorhandenen Mängel anzugeben sind, und zu vermerken ist, welches Verzeichniss der Nachprüfung zu Grunde gelegen hat. Die Bescheinigung ist vom Schiffer aufzubewahren und auf Verlangen der Behörde vorzulegen. Bleibt das Schiff länger als ein Jahr im Auslande, so hat der Schiffer die Nachprüfung zu geeigneter Zeit im Einvernehmen mit dem zuständigen deutschen Consul durch einen Arzt oder Apotheker vornehmen zu lassen. Die von diesem auszustellende Bescheinigung ist vom Consul zu visiren. Die Nachprüfenden haben die Besichtigung der Medicinkiste bezw. Schiffsapotheke und aller zum Aufenthalte von Menschen dienenden Räume, sowie die Einsicht in das Schiffsjournal und in die im § 5 Absatz 2 erwähnten Schriftstücke vorzunehmen, Rheder und Schiffer haben ihnen zu diesem Zwecke jede Erleichterung zu gewähren. Die Kosten der Nachprüfung fallen dem Schiffer zur Last.

§ 14. Ausser dieser amtlichen Revision hat auf den in §§ 2 und 3 bezeichneten Schiffen der Schiffer — und, falls ein Arzt angemustert ist, dieser — vor dem Antritt einer jeden Reise von voraussichtlich mehr als vierwöchiger Dauer, mindestens aber alle 3 Monate zu prüfen, ob die Arzneien und anderen Hülfsmittel, sowie Lebensmittel zur Krankenpflege für die weitere Reise noch in genügender Menge und Beschaffenheit vorhanden sind, und deren Vervollständigung rechtzeitig zu veranlassen. Das Ergebniss der Prüfung ist in das Schiffsjournal einzutragen.

§ 15. Rheder, Schiffer oder deren Stellvertreter, Aerzte und Apotheker, welche diesen Vorschriften zuwiderhandeln, werden mit einer Geldstrafe bis zu . . . . Mark und, wenn diese nicht beizutreiben ist, mit Haft bestraft.

§ 16. Vorstehende Vorschriften treten am 1. April 1899 — und für diejenigen Schiffe, welche bis 15. März 1899 einen deutschen Hafen nicht besuchen, einen Monat nach Ankunft in einem solchen, spätestens am 1. April 1900 — in Kraft.

§ 17. Zu demselben Zeitpunkte treten die abweichenden Vorschriften der Verordnung vom[1]) . . . . ausser Kraft. Unberührt bleiben die Bestimmungen dieser letzteren Verordnung, soweit sie sich auf die Mitnahme und Verabreichung von Citronensaft und die Verpflegung der Mannschaft nach der vorgeschriebenen Speiserolle beziehen, jedoch mit der Maassgabe, dass als solche Speiserolle die in der neu bearbeiteten Ausgabe der amtlichen „Anleitung zur Gesundheitspflege an Bord von Kauffahrteischiffen" aufgestellte, in der Anlage (IV) enthaltene, maassgebend ist.

Die zuständige Aufsichtsbehörde kann für Segelschiffe in einzelnen Fällen gestatten, dass eine geringere als die aus der Vorschrift der Speiserolle sich ergebende Gesammtmenge an Wasser mitgenommen wird, wenn der Schiffer sich verpflichtet, unterwegs in einem bestimmten Hafen Wasser in solcher Menge an Bord zu nehmen, dass täglich für jeden Kopf die vorgeschriebene Ration verabreicht werden kann, oder wenn auf dem Schiffe ein gutes Abdampfgeräth (Destillirapparat) für frisches Wasser vorhanden ist, welches in 24 Stunden soviel trinkbares Wasser liefern kann, als erforderlich ist, um den vorschriftsmässigen Bedarf für jeden Tag der Reise sicherzustellen.

---

1) Hier ist das entsprechende Datum der in den einzelnen Küstenstaaten bisher gültigen Verordnungen einzurücken.

Verzeichniss I.

Arzneien und andere Hülfsmittel zur Krankenpflege für mehr als zwei Mann an Bord führende Hochseefischfahrzeuge, Eisbrecher, Seeschlepper, Fahrzeuge gewerbetreibender Lootsen und andere Seeschiffe, welche auf der Reise die räumlichen Grenzen der kleinen Fahrt nicht überschreiten.

A. Innerlich anzuwendende Arzneien.

Ricinusöl, Oleum Ricini, bei Verstopfung [S. 90[1])], Durchfall mit Leibweh (S. 89), Ruhr (S. 58) . . ., 1—2 Esslöffel, 200 g. — Opiumhaltige Choleratropfen, Tinct. Opii crocat. 1 Theil, Spiritus Menth. pip. 2 Theile, Vin. Ipecac. 2 Theile, Tinct. Valerianae 4 Theile, gegen Magenkrampf und Kolik (Leibschmerzen), Durchfälle (S. 89), Ruhr (S. 58) . . ., 3 mal täglich 25 Tropfen, 50 g. — Hoffmannstropfen, Spiritus aethereus, nach Ohnmacht (S. 79), Hitzschlag (S. 75) . . ., 20—25 Tropfen auf Zucker oder Brod, 50 g.

B. Aeusserlich anzuwendende Arzneien.

Bleiessig, Liquor Plumbi subacetici, 2 Theelöffel zu $1/2$ Liter Wasser giebt Bleiwasser zu Umschlägen bei Quetschungen (S. 119), Feigwarzen (S. 70), Augenleiden (S. 156) u. dgl., 50 g. — Senfspiritus, Spiritus Sinapis, ein handgrosses Stück Leinen oder Löschpapier anzufeuchten und auf die Haut zu legen, bei Ohnmacht (S. 79), Kopf-, Brustschmerzen (S. 80 und 82), Herzkrämpfen (S. 87) u. dgl., 50 g. — Salmiakgeist, Liquor Ammonii caustici, belebendes Riechmittel bei Ohnmachten (S. 79) u. dgl., 50 g. — Heftpflaster, Emplastr. adhaesiv. extens., zum Bedecken von kleinen Wunden. — Die Wundränder werden einander genähert und das Heftpflaster so befestigt, dass die Wunde nicht wieder auseinanderklafft, 1 Rolle. — 2proc. Carbolsäurelösung, zum Auswaschen und Abtupfen von Wunden und Geschwüren (S. 107 u. a.), 500 g. — Borsalbe, Ungt. acid. boric., bei Verbrennungen (S. 119) und Geschwüren anzuwenden, 100 g. — Brandliniment, Ol. Lini und Aqua Calcar. zu gleichen Theilen, reine Mullstücke, mehrfach zusammengelegt, zu tränken und auf Brandwunden zu legen (S. 119), 150 g.

C. Andere Hülfsmittel zur Krankenpflege.

Mull 1 Packet, Mullbinden 6 Stück, Verbandtücher 2 Stück, Pappe 1 Bogen, Jodoformpappe (in Bindenform) 1 qm, Verbandwatte 200 g, Schachtel mit: Band, Stecknadeln, Sicherheitsnadeln, Zwirn, Nähnadeln 1 Stück. — Anleitung zur Gesundheitspflege an Bord von Kauffahrteischiffen, auf Veranlassung des Staatssecretairs des Innern bearbeitet im Kaiserlichen Gesundheitsamt, zweite Ausgabe, 1 Exemplar.

## 4. Krankenfürsorge auf Auswandererschiffen.

Bekanntmachung des Reichskanzlers, betreffend die Auswandererschiffe, vom 14. März 1898.

(Auszug.)

„§ 31. Auf jedem Schiffe ist wenigstens ein zur Krankenpflege geeigneter seefester Mann mitzunehmen. Bei einer erheblichen Anzahl von Auswanderern kann von der Auswanderungsbehörde die Mitnahme von mehreren Krankenpflegern verlangt

1) Die angegebenen Seitenzahlen beziehen sich auf die „Anleitung zur Gesundheitspflege an Bord von Kauffahrteischiffen“, auf Veranlassung des Staatssecretairs des Innern bearbeitet im Kaiserlichen Gesundheitsamte (zweite Ausgabe).

werden. Den Umständen nach kann die Auswanderungsbehörde auch die Mitnahme von einer oder mehreren Krankenpflegerinnen für die weiblichen Auswanderer verlangen.

Den Krankenpflegern liegt unter Aufsicht des Schiffsführers und des Arztes die Pflege und Wartung der Kranken ob. Sie dürfen zu den regelmässigen Schiffsarbeiten nur nach besonderer Verfügung des Schiffsführers und nur insoweit verwendet werden, als dies mit der ihnen obliegenden Krankenpflege vereinbar ist".

## 5. Unterricht in der Gesundheits- und Krankenpflege für Schiffsmannschaften und Seesteuerleute.

Erlass des Preussischen Ministers für Handel und Gewerbe, betreffend Unterricht und Prüfung in Gesundheitspflege auf den Navigationsschulen und Samaritercurse auf den Navigationsvorschulen, vom 16. Dezember 1898:[1])

(Im Auszug.)

α) Regulativ für die Königlich Preussischen Navigationsvorschulen.

§ 9. Der Unterricht erstreckt sich auf die nachbenannten Gegenstände in den dabei angegebenen wöchentlichen Stunden: . . . . Ausserdem wird wöchentlich in der Regel in 2 Stunden Unterricht in der ersten Hülfeleistung bei Unglücksfällen (Samaritercursus) ertheilt, wenn die Vorschule von solchen Schülern besucht wird, die sich auf die Prüfung für Schiffer auf kleiner Fahrt vorbereiten. An diesem Unterricht, dessen Dauer von dem Navigationsschul-Director gemeinschaftlich mit den Kuratorien bestimmt wird, dürfen sich auch bereits zugelassene Schiffer auf kleiner Fahrt und Küstenfahrt betheiligen.

β) Regulativ für die Königlich Preussischen Navigationsschulen.

§ 1. Die Navigationsschulen sollen den Seeleuten Gelegenheit bieten, sich die theoretische Ausbildung zum Seesteuermann und zum Seeschiffer auf grosser Fahrt zu verschaffen und sich auf die Steuermannsprüfung und die Schifferprüfung für grosse Fahrt, sowie auf eine Prüfung in der Schiffs-Dampfmaschinenkunde und in der Gesundheitspflege auf Kauffahrteischiffen vorzubereiten.

Zur Ausbildung von Seesteuerleuten sind die Steuermannsklassen, zur Ausbildung von Schiffern auf grosser Fahrt und zur Vorbereitung auf die Prüfung in der Schiffs-Dampfmaschinenkunde die Schifferklassen bestimmt.

In den letzteren werden genügend Unterrichtete auch zur Vorbereitung auf die Steuermannsprüfung zugelassen.

§ 9. Jeder Schüler muss folgende Lehrmittel besitzen: . . . . 8. Die „Anleitung zur Gesundheitspflege an Bord von Kauffahrteischiffen", bearbeitet im Kaiserlichen Gesundheitsamte.

§ 11. Der Unterricht in den Steuermannsklassen erstreckt sich auf folgende Gegenstände:

F. Gesundheitspflege auf Kauffahrteischiffen.

Wöchentlich werden . . . . je 2 Stunden auf die unter D bis F genannten Gegenstände verwandt.

§ 12. Der Unterricht in den Schiffsklassen umfasst: . . . . 7. Gesundheitspflege auf Kauffahrteischiffen.

---

1) Aehnliche Bestimmungen haben die übrigen in Betracht kommenden Küstenstaaten erlassen.

Wöchentlich werden . . . . 2 Stunden auf No. 7 verwandt.

An dem Unterrichte in der Gesundheitspflege auf Kauffahrteischiffen (No. 7) dürfen auch bereits zugelassene Schiffer auf grosser Fahrt sowie Seesteuerleute sich betheiligen. Schülern, die ihre erfolgreiche Theilnahme an diesem Unterricht durch eine Prüfung bereits nachgewiesen haben, ist die nochmalige Theilnahme daran freigestellt.

§ 13. . . . Der Unterricht in der Gesundheitspflege währt 5 bis 6 Monate und ist, wenn an der Schule eine Steuermanns- und eine Schifferklasse besteht, für die Schüler beider Klassen thunlichst gemeinschaftlich zu geben. In letzterem Falle ist bezüglich der Unterrichtsstunden in der Gesundheitspflege der Stundenplan von beiden Lehrern gemeinschaftlich festzustellen.

§ 15. a) Ertheilung des Unterrichts.

Der gesammte Unterricht — mit Ausnahme desjenigen in der Gesundheitspflege auf Kauffahrteischiffen — ist der Regel nach von den Navigationslehrern und den Navigationsschul-Aspiranten zu ertheilen und auf die Heranziehung von Hülfslehrern nur aus besonderen Gründen Bedacht zu nehmen. (Vergl. § 18 am Schlusse.) Der Unterricht in der Gesundheitspflege auf Kauffahrteischiffen darf nur von zugelassenen Aerzten ertheilt werden.

Anweisung über die Prüfung in der Gesundheitspflege auf Kauffahrteischiffen.

1. Um den Theilnehmern am Unterricht in der Gesundheitspflege auf Kauffahrteischiffen Gelegenheit zu geben, über den erfolgreichen Besuch des Unterrichts einen Nachweis zu erlangen, soll im Anschluss an jede Steuermannsprüfung, aber unabhängig von ihr, zugleich eine Prüfung über die Gesundheitspflege auf Kauffahrteischiffen abgehalten werden. Eine Verpflichtung zur Ablegung der Prüfung besteht nicht. Zur Prüfung werden Personen zugelassen, die an dem erwähnten Unterricht theilgenommen haben. Es können aber auch solche Seeschiffer und Seesteuerleute zugelassen werden, die am Unterricht nicht Theil genommen haben. Hierüber entscheidet die Prüfungscommission.

2. Die Prüfung erfolgt vor einer besonderen Prüfungscommission durch einen Arzt. Die Prüfungscommission wird gebildet von dem Navigationsschul-Director oder dessen Stellvertreter als Vorsitzenden, dem prüfenden, für den Unterricht in der Gesundheitspflege bestellten Arzt und einem Navigationslehrer, der zugleich Mitglied der Prüfungscommission für Seesteuerleute ist und von dem Navigationsschuldirector bestellt wird.

3. Die Prüfung ist eine praktische und mündliche und erstreckt sich nur auf den Inhalt der von dem Kaiserlichen Gesundheitsamt bearbeiteten Anleitung zur Gesundheitspflege an Bord von Kauffahrteischiffen. Für den Ausfall der Prüfung sind nicht nur die dabei gezeigten Kenntnisse, sondern auch die während des Unterrichts bewiesenen Fertigkeiten und Kenntnisse zu berücksichtigen. Ueber den Ausfall der Prüfung entscheidet die Commission nach Stimmenmehrheit durch Ertheilung des Prädikats „Bestanden“ oder „Nicht bestanden“. Ueber die Prüfung ist ein Protokoll aufzunehmen, das die Abstimmung der einzelnen Mitglieder und das Gesammtergebniss der Abstimmung enthält und von den Commissionsmitgliedern zu unterschreiben ist.

4. Bei bestandener Prüfung wird dem Prüfling nach beiliegendem Muster ein Zeugniss ausgefertigt, das von den Commissionsmitgliedern unterschrieben wird.

5. Die Prüfung und die Ertheilung des Prüfungszeugnisses erfolgt kostenfrei. Der gesetzliche Stempelbetrag ist vor Ausfertigung des Zeugnisses zu zahlen.

Zeugniss über die Prüfung in Gesundheitspflege.

Dem . . . . . (Stand, Vornamen und Namen) . . . . ., geboren zu . . . . . . den . . ten . . . . . 18 . ., wohnhaft in . . . . . . wird hierdurch bezeugt, dass er sich in der heute abgehaltenen Prüfung über den Besitz von Kenntnissen in der Gesundheitspflege an Bord von Kauffahrteischiffen nach Maassgabe der Anweisung des Herrn Ministers für Handel und Gewerbe vom 16. Dezember 1898 ausgewiesen hat.

. . . . (Prüfungsort) . . . ., den . . (Datum) . . . .

Die Königlich Preussische Prüfungs-Commission.

(Siegel.) (Unterschriften.)

## F. Fürsorge für Gefangene.

### 1. Reichsgesetzliche Bestimmungen.

a) Ueber den Aufschub der Schuldhaft wegen Krankheit siehe § 906 der C.-Pr.-O., S. 752.

b) Ueber den Aufschub der Strafvollstreckung wegen Krankheit siehe § 487 der Str.-Pr.-O., S. 744.

c) Ueber die Einrechnung der Dauer des Aufenthaltes in einer von der Strafanstalt getrennten Krankenanstalt während der Strafvollstreckung in die Strafzeit siehe § 493 Str.-Pr.-O., S. 744.

d) Reichsgesetz, betreffend die Unfallfürsorge für Gefangene, vom 30. Juni 1900 (R.-G.-Bl., S. 536).

Umfang der Fürsorge.

§ 1. Wenn Gefangene einen Unfall bei einer Thätigkeit erleiden, bei deren Ausübung freie Arbeiter nach den Bestimmungen der Reichsgesetze über Unfallversicherung versichert sein würden, so ist für die Folgen solcher Unfälle eine Entschädigung zu leisten. Den Gefangenen werden die in öffentlichen Besserungsanstalten, Arbeitshäusern und ähnlichen Zwangsanstalten untergebrachten Personen gleichgestellt, ebenso die zur Forst- oder Gemeindearbeit oder zu sonstigen Arbeiten auf Grund gesetzlicher oder polizeilicher Bestimmung zwangsweise angehaltenen Personen.

§ 2. Die Entschädigung tritt bei Körperverletzung oder Tödtung ein. Die Entschädigung wird nicht gewährt, wenn der Verletzte den Unfall vorsätzlich herbeigeführt hat. Hat der Verletzte sich den Unfall bei Begehung einer strafbaren Handlung oder durch ein Verhalten zugezogen, welches als eine grobe Verletzung der Hausordnung erscheint, so kann die Entschädigung ganz oder theilweise versagt oder, sofern er im Inlande wohnende Angehörige hat, welche im Falle seines Todes eine Rente erhalten würden, diesen ganz oder theilweise überwiesen werden.

§ 3. Im Falle der Verletzung wird als Entschädigung ausser freier ärztlicher Behandlung, Arznei und sonstigen Heilmitteln, sowie den zur Sicherung des Erfolges des Heilverfahrens und zur Erleichterung der Folgen der Verletzung erforderlichen Hülfsmitteln (Krücken, Stützapparaten und dergleichen) für die Dauer der Erwerbsunfähigkeit dem Verletzten nach der Entlassung aus der Anstalt eine Rente gewährt. Gehört der Verletzte auf Grund gesetzlicher oder statutarischer Verpflichtung einer Krankenkasse oder der Gemeinde-Krankenversicherung an, so fällt die Entschädigung für die Zeit bis zum Ablaufe der dreizehnten Woche nach dem Unfalle fort. Die Rente

beträgt: a) im Falle völliger Erwerbsunfähigkeit für deren Dauer als Vollrente den zweihundertfachen Betrag desjenigen ortsüblichen Tagelohns gewöhnlicher Tagearbeiter (§ 8 des Krankenversicherungsgesetzes), welcher für den Ort der letzten, mindestens drei Monate währenden Beschäftigung festgesetzt ist, die der Gefangene innerhalb des letzten Jahres vor Antritt der Haft gehabt hat. Kann ein solcher Beschäftigungsort im Inlande nicht ermittelt werden, so ist der niedrigste Satz zu Grunde zu legen, welcher in dem Bezirke der für den Sitz der Anstalt zuständigen höheren Verwaltungsbehörde als ortsüblicher Tagelohn gewöhnlicher erwachsener männlicher beziehungsweise weiblicher Tagearbeiter festgesetzt ist; b) im Falle theilweiser Erwerbsunfähigkeit für deren Dauer denjenigen Theil der Vollrente, welcher dem Maasse der durch den Unfall herbeigeführten Einbusse an Erwerbsfähigkeit entspricht. Der Höchstbetrag der Vollrente ist dreihundert Mark. Bei der Berechnung der Rente für Personen, welche vor dem Unfalle bereits theilweise erwerbsunfähig waren, ist derjenige Theil des ortsüblichen Tagelohns zu Grunde zu legen, welcher dem Maasse der bisherigen Erwerbsfähigkeit entspricht. War der Verletzte zur Zeit des Unfalls bereits völlig erwerbsunfähig, so sind nur freie ärztliche Behandlung, Arznei und sonstige Heilmittel, sowie die zur Sicherung des Erfolges des Heilverfahrens und zur Erleichterung der Folgen der Verletzung erforderlichen Hülfsmittel (Krücken, Stützapparate und dergleichen) zu gewähren.

§ 4. Im Falle der Tödtung ist ausserdem von dem Zeitpunkt ab, mit welchem der Gefangene, wenn er am Leben geblieben wäre, in Folge der Strafverbüssung oder des Straferlasses entlassen worden wäre, an dessen Hinterbliebene eine Rente zu zahlen, welche beträgt: 1. für die Wittwe des Getödteten bis zu deren Tode oder Wiederverheirathung, 2. für jedes hinterbliebene Kind bis zu dessen zurückgelegtem fünfzehnten Lebensjahre den sechzigfachen Betrag des nach § 3 zu Grunde zu legenden Tagelohns, jedoch nicht mehr als neunzig Mark. Die Renten der Hinterbliebenen dürfen insgesammt den einhundertundachtzigfachen Betrag des Tagelohns (§ 3) und im Höchstbetrage zweihundertundsiebenzig Mark jährlich nicht übersteigen; ergiebt sich ein höherer Betrag, so werden die einzelnen Renten in gleichem Verhältnisse gekürzt. Im Falle der Wiederverheirathung erhält die Wittwe den einhundertundachtzigfachen Betrag des Tagelohns (§ 3), jedoch nicht mehr als zweihundertundsiebenzig Mark als Abfindung. Die Entschädigung der Hinterbliebenen fällt fort, wenn Thatsachen vorliegen, aus welchen zu schliessen ist, dass der Getödtete auf freiem Fusse zum Unterhalte seiner Angehörigen nichts beigetragen hätte. Die Entschädigung der Wittwe fällt fort, wenn die Ehe erst nach dem Unfalle geschlossen worden ist. Die Entschädigung kann ganz oder theilweise versagt werden, wenn die Ehefrau, bevor ihrem Ehemanne die Freiheit entzogen worden ist, ohne gesetzlichen Grund seit mindestens einem Jahre von der häuslichen Gemeinschaft sich ferngehalten und ohne Beihülfe des Ehemanns ihren Unterhalt gefunden hat. Die Bestimmungen über die Renten der Kinder finden auch Anwendung, wenn der Unfall eine alleinstehende weibliche Person betroffen hat und diese mit Hinterlassung von Kindern verstirbt.

§ 5. An Stelle der im § 3 vorgeschriebenen Leistungen kann freie Kur und Verpflegung in einer Heilanstalt gewährt werden. Für die Zeit der Verpflegung des Verunglückten in der Heilansalt steht seinen im § 4 bezeichneten Angehörigen die daselbst angegebene Rente insoweit zu, als ihnen dieselbe im Falle des Todes des Verletzten zu gewähren sein würde. Ist begründete Annahme vorhanden, dass der Empfänger einer Unfallrente bei Durchführung eines Heilverfahrens eine Erhöhung seiner Erwerbsfähigkeit erlangen werde, so kann zu diesem Zwecke jederzeit ein neues Heilverfahren eingeleitet werden. Dabei finden die Bestimmungen des Absatz 1, 2 An-

wendung. Hat der Verletzte sich den gemäss Absatz 1, 3 oder § 3 Absatz 1 getroffenen Anordnungen ohne gesetzlichen oder sonst triftigen Grund entzogen, so kann ihm die Entschädigung auf Zeit ganz oder theilweise versagt werden, sofern er auf diese Folge hingewiesen worden ist und nachgewiesen wird, dass durch sein Verhalten die Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflusst wird.

§ 6. Ausländern, sowie deren Hinterbliebenen wird die Rente nicht gewährt.

Entschädigungsverpflichtete.

§ 7. Die Entschädigung erfolgt durch den Bundesstaat, in dessen Gebiete die Anstalt liegt, in welcher der Unfall eingetreten ist, oder in dessen Gebiete die zwangsweise Beschäftigung stattgefunden hat. Die Verpflichtung des Bundesstaats kann durch Landesgesetz auf andere Stellen übertragen werden. Die Bundesstaaten sind auch befugt, Gemeinden oder andere öffentlich-rechtliche Verbände, die Gefangenenanstalten unterhalten, zu Beiträgen heranzuziehen. Mehrere Bundesstaaten können sich für ihre Gebiete oder Theile derselben behufs gemeinsamer Tragung der Lasten mit einander verbinden. Die Vereinbarung muss sich auf die Verwaltung, die Beaufsichtigung und das Verfahren, sowie auf die Vertheilung der Lasten und Kosten erstrecken. Unternehmer, welche auf Grund eines Vertrags mit der Anstaltsleitung Gefangene (§ 1) beschäftigen, können zu Beiträgen an diejenige Kasse, welche die Entschädigung zu gewähren hat, oder wenn sich der Unfall aus Anlass einer für ihre Rechnung in oder ausserhalb der Anstalt stattfindenden Beschäftigung zugetragen hat, zum Ersatze der der Kasse gemäss §§ 2 bis 5 erwachsenden Ausgaben herangezogen werden. Die Höhe der Beiträge, sowie der Umfang und die Voraussetzungen der Ersatzpflicht sind durch den mit dem Unternehmer abzuschliessenden Vertrag zu regeln. Die betreffenden Bestimmungen sind der Ausführungsbehörde auf Verlangen mitzutheilen.

§ 8. Behufs Ausführung dieses Gesetzes hat der Entschädigungsverpflichtete (§ 7) Ausführungsbehörden einzusetzen. Die Ausführungsbehörden sind, soweit nicht durch Landesgesetz oder durch Vereinbarung (§ 7) andere Bestimmungen getroffen werden, von der Landes-Centralbehörde zu bezeichnen. Die auf Grund der §§ 7, 8 getroffenen Einrichtungen sind dem Bundesrathe mitzutheilen und durch den Reichsanzeiger zu veröffentlichen.

Untersuchung.

§ 9. Jeder Unfall, durch welchen eine unter dieses Gesetz fallende Person getödtet ist oder eine Körperverletzung erlitten hat, die voraussichtlich den Tod oder eine über den Zeitpunkt der Entlassung hinauswirkende Erwerbsunfähigkeit zur Folge haben wird, ist durch den Vorstand der Anstalt, in welcher der Verunglückte zur Zeit des Unfalls untergebracht ist, alsbald einer Untersuchung zu unterziehen, durch welche festzustellen sind: 1. die Veranlassung und Art des Unfalls; 2. die getödteten oder verletzten Personen; 3. die Art der vorgekommenen Verletzungen; 4. die nach § 4 entschädigungsberechtigten Hinterbliebenen; 5. die Höhe der Renten, welche der Verletzte etwa auf Grund der Unfallversicherungsgesetze oder des Invalidenversicherungsgesetzes bezieht. Nach Abschluss der Untersuchung sind die Verhandlungen der Ausführungsbehörde einzusenden.

Verfahren.

§ 10. Die Entschädigung ist von Amtswegen, im Falle der Tödtung sofort, im Falle der Verletzung unmittelbar vor der Entlassung des Verletzten aus der Anstalt festzustellen. Eine Rente ist im Falle der Verletzung nur dann zu gewähren, wenn

bei der Entlassung die Beschränkung der Erwerbsfähigkeit fortbesteht. Entschädigungen auf Grund dieses Gesetzes sind, soweit deren Feststellung nicht von Amtswegen erfolgt, bei Vermeidung des Ausschlusses, wenn es sich um die Folgen einer Körperverletzung handelt, vor der Entlassung, und wenn der Unfall den Tod herbeigeführt hat, vor Ablauf von zwei Jahren nach dem Eintritte des Unfalls bei dem Vorstande der Anstalt, in welcher der Verunglückte zur Zeit des Unfalls untergebracht war, zu beantragen. Nach Ablauf der Frist ist der Anmeldung nur dann Folge zu geben, wenn zugleich glaubhaft bescheinigt wird, dass eine die Entschädigung begründende Folge des Unfalls erst später bemerkbar geworden oder dass der Berechtigte von der Stellung des Antrags durch ausserhalb seines Willens liegende Verhältnisse abgehalten worden ist, und wenn die Anmeldung innerhalb dreier Monate, nachdem eine Unfallfolge bemerkbar geworden oder das Hinderniss für die Anmeldung weggefallen, erfolgt ist.

§ 11. Die Festsetzung der Entschädigungen erfolgt durch die Ausführungsbehörde. Ueber die Festsetzung der Rente ist dem Verletzten oder dessen Hinterbliebenen und soweit in den Fällen des § 7 Absatz 3 zu den Lasten des einzelnen Unfalls der Unternehmer beizutragen hat, auch diesem ein schriftlicher Bescheid, aus welchem die Art der Berechnung ersichtlich sein muss, zuzustellen. Die Zustellung kann durch die Post mittelst eingeschriebenen Briefes erfolgen. Posteinlieferungsscheine begründen nach Ablauf von zwei Jahren seit ihrer Ausstellung die Vermuthung für die in der ordnungsmässigen Frist nach der Einlieferung erfolgte Zustellnng. Innerhalb eines Monats nach der Zustellung des Bescheids steht dem Verletzten oder seinen Hinterbliebenen sowie dem Unternehmer die Beschwerde zu. Die Beschwerde hat, ausgenommen im Falle des § 5 Absatz 3, 4, keine aufschiebende Wirkung. Die Landes-Centralbehörde bezeichnet die für die Entscheidung über Beschwerden zuständige Stelle. Diese muss in dem Bescheid angegeben werden. Die Entscheidung kann mit Genehmigung des Reichskanzlers dem Reichs-Versicherungsamt übertragen werden. Die zur Entscheidung berufene Stelle entscheidet endgültig.

§ 12. Zu dem Zeitpunkte, mit welchem der Bezug der Rente beginnt (§§ 3, 4), ist dem Berechtigten von der Ausführungsbehörde die mit der Zahlung beauftragte Postanstalt (§ 18) zu bezeichnen und der unteren Verwaltungsbehörde des Wohnorts über die dem Berechtigten zustehenden Bezüge Nachricht zu geben. Das Gleiche gilt beim Eintritte von Veränderungen.

### Veränderung der Verhältnisse.

§ 13. Tritt in den Verhältnissen, welche für die Feststellung der Entschädigung maassgebend gewesen sind, eine wesentliche Veränderung ein, so kann eine anderweitige Feststellung auf Antrag oder von Amtswegen erfolgen. Vor einer Herabsetzung oder Aufhebung der Rente ist dem Rentenempfänger unter Mittheilung der Unterlagen, auf Grund deren die Herabsetzung oder Aufhebung erfolgen soll, Gelegenheit zur Aeusserung zu geben. Eine Erhöhung der Rente tritt nur für die Zeit nach Einreichung des Antrags ein. Eine Minderung, Einstellung (§ 15) oder Aufhebung der Rente tritt mit Ablauf des Monats in Wirksamkeit, in welchem der die Veränderung aussprechende Bescheid zugestellt worden ist. Ist der Verletzte, für welchen eine Entschädigung auf Grund des § 3 festgestellt war, in Folge der Verletzung gestorben, so muss der Antrag auf Gewährung einer Entschädigung für die Hinterbliebenen, falls deren Feststellung nicht von Amtswegen erfolgt ist, bei Vermeidung des Ausschlusses vor Ablauf von zwei Jahren nach dem Tode des Verletzten bei dem zuständigen Anstaltsvorstand angemeldet werden. Nach Ablauf dieser Frist ist der Anmeldung nur dann Folge zu geben, wenn zugleich glaub-

haft bescheinigt wird, dass der Entschädigungsberechtigte von der Stellung des Antrags durch ausserhalb seines Willens liegende Verhältnisse abgehalten worden ist, und die Anmeldung innerhalb dreier Monate, nachdem das Hinderniss weggefallen, erfolgt ist.

§ 14. Die nach diesem Gesetze festgestellten Renten sind in monatlichen und, wenn sich der Jahresbetrag auf sechzig Mark oder weniger beläuft, in vierteljährlichen Beträgen im Voraus zu zahlen, letzteres insoweit, als nicht im Voraus anzunehmen ist, dass die Rente vor Ablauf des Vierteljahrs fortfällt. Die Renten werden auf volle fünf Pfennig für den Monat beziehungsweise das Vierteljahr nach oben abgerundet.

### Ruhen der Rente.

§ 15. Der Bezug der Rente ruht: 1. solange der Berechtigte eine die Dauer von einem Monat übersteigende Freiheitsstrafe verbüsst, oder solange er in einem Arbeitshaus oder einer Besserungsanstalt untergebracht ist. Hat der Berechtigte im Inlande wohnende Angehörige, welche im Falle seines Todes Anspruch auf Rente haben würden, so ist diesen die Rente bis zur Höhe jenes Anspruchs zu überweisen; 2. solange der berechtigte Ausländer nicht im Inlande seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat. Diese Bestimmung kann durch Beschluss des Bundesraths für bestimmte Grenzgebiete oder für solche auswärtige Staaten, durch deren Gesetzgebung deutschen, durch einen Betriebsunfall verletzten Arbeitern eine entsprechende Fürsorge gewährleistet ist, ausser Kraft gesetzt werden; 3. solange der berechtigte Inländer im Auslande sich aufhält und es unterlässt, der Ausführungsbehörde seinen Aufenthalt mitzutheilen. Die Ausführungsbehörde hat über die Mittheilung des Aufenthaltsorts nähere Vorschriften zu erlassen und darin anzuordnen, dass der Rentenberechtigte sich von Zeit zu Zeit bei einem deutschen Consul persönlich vorzustellen hat. Weist der Entschädigungsberechtigte nach, dass er der Vorstellungspflicht ohne sein Verschulden nicht hat genügen können, so lebt insoweit das Recht auf den Bezug der Rente wieder auf; 4. solange der Berechtigte als Landstreicher umherzieht.

### Capitalabfindung.

§ 16. Ist bei theilweiser Erwerbsunfähigkeit eine Rente von zwanzig oder weniger Procenten der Vollrente festgestellt, so kann die Ausführungsbehörde den Entschädigungsberechtigten auf seinen Antrag durch eine entsprechende Capitalzahlung abfinden. Gegen den Bescheid, durch welchen die Capitalabfindung festgesetzt wird, ist die Beschwerde (§ 11) zulässig. Das Rechtsmittel hat in diesem Falle aufschiebende Wirkung. Bis zur endgültigen Entscheidung kann der Antrag zurückgezogen werden.

### Uebertragung der Renten.

§ 17. Die Uebertragung der Renten auf Dritte sowie deren Verpfändung oder Pfändung hat nur insoweit rechtliche Wirkung, als sie erfolgt: 1. zur Deckung eines Vorschusses, welcher dem Berechtigten auf seine Bezüge vor Anweisung der Rente von dem Betriebsunternehmer oder von dem Vorstande der Anstalt, in welcher der Verunglückte zur Zeit des Unfalls untergebracht ist, oder von einem Organe der Ausführungsbehörde gegeben worden ist; 2. zur Deckung der im § 850 Absatz 4 der Civilprocessordnung bezeichneten Forderungen; 3. zur Deckung von Forderungen der ersatzberechtigten Armenverbände.

Auszahlung durch die Post.

§ 18. Die Auszahlung der auf Grund dieses Gesetzes zu leistenden Entschädigungen wird auf Anweisung der Ausführungsbehörde vorschussweise durch die Postverwaltung, und zwar in der Regel durch diejenige Postanstalt bewirkt, in deren Bezirke der Empfangsberechtigte zur Zeit des Unfalls beziehungsweise der Entlassung aus dem Gewahrsame seinen Wohnsitz hatte, oder in deren Bezirk er bei der Entlassung überwiesen wird. Verlegt der Empfangsberechtigte seinen Wohnsitz, so hat er die Ueberweisung der Auszahlung der Entschädigung an die Postanstalt seines neuen Wohnorts bei der Behörde, von welcher die Zahlungsanweisung erlassen worden ist oder bei der Postanstalt des bisherigen Wohnsitzes zu beantragen.

§§ 19—22 handeln von der Liquidation der Post und Abführung der Unterstützungs- bezw. Rentenbeträge an die Postkasse.

§§ 23—26 handeln von der Haftpflicht, § 27 von dem Inkrafttreten des Gesetzes.

## 2. Landesgesetzliche Bestimmungen.

Die Vorschriften über die Strafvollstreckung, insbesondere über die Versorgung kranker Gefangenen beruhen auf dem Landesrecht. Sie sind in den Grundzügen fast überall gleich. Als Beispiel werden die preussischen Bestimmungen im Auszuge nachfolgend angefügt.

a) In Preussen gehören die Gerichtsgefängnisse, das sind Gefängnisse, in denen die Untersuchungsgefangenen und die mit kürzerer Strafhaft bestraften Gefangenen untergebracht werden, zu dem Ressort des Justizministeriums. Für sie gilt die Gefängnissordnung für die Justizverwaltung vom 21. December 1898:

„§ 2 . . . . Aerzte . . . . werden nach Bedürfniss angestellt oder es wird mit ihnen durch Vertrag ein besonderes Abkommen getroffen. . . . . § 28. Kranke Personen müssen sofort nach ihrer Einlieferung unter ärztliche Behandlung gestellt und, — wenn ihre Unterbringung in einer Krankenanstalt nicht erfolgt — bis zu ihrer Heilung in besonders hierzu bestimmten Zellen verwahrt werden. Personen, welche mit ansteckenden Krankheiten behaftet sind, sollen in das Gefängniss nicht aufgenommen werden. Dasselbe gilt von schwangeren Personen, welche zur Verbüssung einer Strafe angenommen werden sollen, wenn die Schwangerschaft bereits bis zum siebenten Monate vorgerückt ist; es sei denn, dass die Aufnahme im Interesse der Strafvollstreckung ausdrücklich verlangt wird. § 29. Dem Gefangenen ist nicht zu gestatten, Kinder in das Gefängniss mitzubringen. Eine Ausnahme ist nur zulässig, wenn ein Säugling von der Mutter nicht getrennt werden kann. § 39. Einzelhaft ist ausgeschlossen, wenn eine Gefahr für den körperlichen oder geistigen Zustand des Gefangenen zu befürchten steht. Der Vorsteher des Gefängnisses hat, wenn die Einzelhaft länger als drei Monate dauern soll, den Arzt darüber zu hören, ob die Anwendbarkeit der Einzelhaft einem Bedenken unterliegt. § 85. Bei eintretender Erkrankung eines Gefangenen ist der Gefängnissarzt und bei besonderer Dringlichkeit, falls dieser nicht erreichbar ist, ein anderer Arzt herbeizurufen. Von bedenklichen Erkrankungen ist dem Vorsteher, und wenn es sich um einen Untersuchungsgefangenen handelt, auch dem Richter Nachricht zu geben. Von ansteckenden Krankheiten ist nach Maassgabe der gesundheitspolizeilichen Vorschriften der Polizeibehörde Anzeige zu machen. Untersuchungsgefangene können sich mit Genehmigung des Richters, Strafgefangene mit Genehmigung des Gefängnissvorstehers, auf ihre Kosten der Hülfe eines anderen als des Gefängnissarztes bedienen. Kranke Gefangene sind möglichst in abgesonderten, vorzugsweise gesund ge-

legenen Zellen, oder in einer nur für erkrankte Gefangene bestimmten Anstalt zu behandeln. Die ärztlichen Vorschriften sind streng zu beobachten; ihre Ausführung ist durch das Aufsichtspersonal zu überwachen. Die Arzneien, welche der Arzt verordnet, sind in ein Arzneibuch einzutragen. Nur sofern der Zustand des Erkrankten es erfordert, wird er in einer anderen, von dem Oberstaatsanwalt bestimmten Heilanstalt untergebracht. Der Strafvollstreckungsbehörde ist von einer solchen Anordnung Kenntniss zu geben. Schwangere müssen in der Regel bei dem Herannahen der Niederkunft entweder in eine am Orte befindliche öffentliche Entbindungsanstalt geschafft, oder einstweilen aus der Haft entlassen werden. Wird der Gefangene bei der Unterbringung in die Heilanstalt nicht zugleich aus der Haft entlassen, worüber in jedem Falle eine eingehende Erwägung stattzufinden hat, so ist dem Gefängnissvorsteher der Krankenanstalt der Zeitpunkt, in welchem der Erkrankte aufhört, Gerichtsgefangener zu sein (§ 87), mitzutheilen. Bei erkrankten Gefangenen brauchen die Grundsätze im § 34 zu III über Trennung der Gefangenen nicht beobachtet zu werden. § 87. Gemeingefährliche Geiteskranke, welche entlassen worden, sind der Polizeibehörde durch rechtzeitige Benachrichtigung zu überweisen. § 89. Sind Untersuchungs- oder Strafgefangene nach einer anderen Anstalt zu transportiren, so sind sie behufs Feststellung ihrer Transport- bezw. Aufnahmefähigkeit vorher einer ärztlichen Untersuchung zu unterwerfen. Diese kann unterbleiben, wenn der Gefangene sich bereits einige Zeit im Gefängniss befunden hat, ohne dass sich sein Gesundheitszustand zu Klagen, ärztlichen Anordnungen oder zu der Besorgniss einer Krankheit Veranlassung gegeben hat. Die Entscheidung über die Transportfähigkeit trifft in diesem Falle der Gefängnissvorsteher. Liegen Bedenken gegen die Transportfähigkeit vor, oder behauptet der Gefangene, wegen eines krankhaften Zustandes nicht transportfähig zu sein, so ist die ärztliche Untersuchung erforderlich. Bei der Uebergabe der abzuführenden Gefangenen an die Transportbehörde ist festzustellen und in den Transportpapieren zu vermerken, dass der Gefangene frei von Ungeziefer und von Hautkrankheiten übergeben worden ist. § 98. Die Selbstbeköstigung ist nur gestattet, wenn nach dem Gutachten des Gefängnissarztes die Beibehaltung der regelmässigen Gefängnisskost eine Schädigung des Gesundheitszustandes der Gefangenen herbeigeführt und nach den Einrichtungen des Gefängnisses sich nicht eine genügende andere Kost beschaffen lässt."

b) Die Strafanstalten (Zuchthäuser) und grossen Gefängnisse unterstehen dem Ressort des Ministers des Innern. Für sie ist der Ministerial-Erlass vom 15. April 1895, sowie die demselben beigegebene Dienstanweisung für die Aerzte bei den Strafanstalten und Gefängnissen im Ressort des Ministeriums des Innern maassgebend. Die bezüglichen Paragraphen dieser Anweisung lauten:

„§ 2. Pflichten des Arztes: Dem Arzte liegt ob: . . . 2. Alle neu eingelieferten Gefangenen innerhalb 24 Stunden auf ihren körperlichen und geistigen Gesundheitszustand vorschriftsmässig zu untersuchen und den Befund festzustellen. 3. Alle Gefangenen, die sich zum Arzte gemeldet haben oder vom Vorsteher ihm zugewiesen werden zu untersuchen, die krank befundenen sachgemäss und kunstgerecht zu behandeln, Simulationen festzustellen. § 3. Ausübung des Amtes: . . . . Bei plötzlichen Erkrankungen oder Unglücksfällen muss der Arzt auch ausser den Dienststunden auf Ersuchen des Vorstehers zur Anstalt kommen ... Gefangene der Einzelhaft sind, soweit irgend angängig in ihren Zellen zu untersuchen und zu behandeln; müssen sie in das Lazarett aufgenommen werden, so sind sie auch hier so lange als irgend möglich von anderen Gefangenen getrennt zu halten. Gefangene der gemeinsamen Haft sind dem Arzte in seinem Dienstzimmer zur Untersuchung vorzuführen; werden

sie krank und arbeitsunfähig befunden, so sind sie ins Lazarett aufzunehmen. — Gefangene mit ansteckenden Krankheiten sind getrennt zu halten, die Desinfection der von ihnen benutzten Räume und Gegenstände ist sorgfältig zu überwachen und streng darauf zu halten, dass die zur Verhütung der Weiterverbreitung ansteckender Krankheiten gegebenen allgemeinen und besonderen Vorschriften ausgeführt werden. — Alle ärztlichen Verordnungen über Verlegung von Gefängenen, Veränderungen in Kost, der Arbeit, der Bewegung im Freien, der Kleidung der Gefangenen hat der Arzt in ein Buch einzutragen, welches dem Vorsteher vorzulegen ist. — Wird ein in ärztlicher Behandlung befindlicher Gefangener aus hauspolizeilichen Gründen verlegt, so ist davon dem Arzte bei seiner Ankunft in der Anstalt Mittheilung zu machen. § 4. Lazarettaufseher: Dem Arzte ist zur Unterstützung in seinen Berufsgeschäften ein Lazarettaufseher beigegeben. Derselbe soll, wenn irgend möglich, Lazarettgehülfe oder geprüfter Heilgehülfe sein. — Vor dem Antrage auf Anstellung dieses Beamten hat der Vorsteher den Arzt zu einer gutachtlichen Aeusserung über die Bewerber aufzufordern und dieselbe mit dem Antrage des Arztes dem Regierungspräsidenten vorzulegen. — Der Lazarettaufseher ist verpflichtet, den Anordnungen des Arztes nachzukommen; die verordneten Arzneien zu verabreichen, kleine chirurgische Operationen und Zahnziehen auf Anordnung des Arztes vorzunehmen, die vorgeschriebenen Bücher und Listen nach Anweisung des Arztes zu führen, die Unterlagen für die Statistik aufzustellen und ähnliche schriftliche Arbeiten auszuführen. Gefangene zu solchen Dienstleistungen zu verwenden, ist verboten. § 5. Hausapotheke: Die Hausapotheke, sowie die ärztlichen Instrumente stehen unter der verantwortlichen Verwaltung des Arztes; er ist befugt, den Lazarettaufseher zur Hülfeleistung dabei heranzuziehen. — Der Arzt hat die für die Hausapotheke erforderlichen Arzneien auf Grund der abgeschlossenen Verträge bezw. freihändig im Einverständniss mit dem Vorsteher aus einer Ortsapotheke zu beschaffen, auf ihre Güte zu prüfen und die richtige Buchung im Einnahme und Ausgabejournal durch den Lazarettaufseher zu überwachen. Die für die Verwaltung derartiger Hausapotheken bestehenden allgemeinen Bestimmungen sind genau zu beachten.

c) Zur Verhütung der Lungentuberkulose unter den Gefangenen ordnete der preussische Ministerial-Erlass vom 19. Januar 1884 an, 1. dass die phthisisch kranken von den gesunden Gefangenen, soweit thunlich, getrennt gehalten, 2. dass die Leib- und Bettwäsche der gedachten Kranken vor jedesmaligem Gebrauche in Lauge gekocht, und 3. die Spuckgläser desinficirt werden sollten.

In derselben Frage bestimmte der Ministerial-Erlass vom 15. April 1889:

Der Auswurf soll weder in Taschentücher, noch in den Aufenthaltsraum, sondern in die überall mit etwas Wasser gefüllt aufzustellenden Spucknäpfe entleert werden. Alle Zellen, in denen nach ärztlichem Gutachten an Tuberkulose erkrankte oder ihrer verdächtige Gefangenen untergebracht waren, sollen bei etwaigem Wechsel der Insassen sorgfältig gereinigt und nach den bestehenden Vorschriften (durch Auskochen u. s. w. im Desinfectionsofen) desinficirt werden. Gefangene, die nach ärztlicher Feststellung tuberkulös sind, aber noch arbeiten können, dürfen bei der Anfertigung von Gebrauchsgegenständen, soweit thunlich, nicht beschäftigt und sollen von den gesunden Gefangenen möglichst fern gehalten werden.“

## G. Fürsorge für Schüler und Waisen.

Die Einrichtungen und Maassregeln, welche zur Versorgung kranker und schwächlicher Schulkinder und Waisen getroffen sind, beruhen in den deutschen Bundesstaaten auf dem Landesrecht. Da die preussischen Vorschriften für einige

Bundesstaaten maassgebend geworden sind, so werden sie ausführlich behandelt und nur einzelne bemerkenswerthe Bestimmungen anderer Bundesstaaten besonders erwähnt.

## 1. Die ärztliche Versorgung der Schulen.

Diese Frage ist eingehend in dem preussischen Min.-Erl. vom 18. Mai 1898 erörtert worden, der die Anstellung von Schulärzten nach dem in der Stadt Wiesbaden gegebenen Muster empfiehlt. Die dem Erlasse als Vorbild beigegebene Dienstordnung für die Schulärzte an den städtischen Elementar- und Mittelschulen in Wiesbaden vom 18. Mai 1897 nebst dazu gehörigen Formularen hat folgenden Wortlaut:

Die Schulärzte haben die Aufgabe: den Gesundheitszustand der ihnen zugewiesenen Schüler zu überwachen und bei der ärztlichen Revision der zur Schule gehörenden Räumlichkeiten und Einrichtungen mitzuwirken, und sind demgemäss verpflichtet, alle in diese Aufgabe fallenden Aufträge des Magistrats auszuführen. Inbesondere gelten hierbei die nachfolgenden Vorschriften:

1. Die Schulärzte haben die neueintretenden Schüler genau auf ihre Körperbeschaffenheit und ihren Gesundheitszustand zu untersuchen, um festzustellen, ob sie einer dauernden ärztlichen Ueberwachung oder besonderen Berücksichtigung beim Schulunterricht (z. B. Ausschliessung vom Unterricht in einzelnen Fächern, wie Turnen und Gesang, oder Beschränkung in der Theilnahme am Unterricht: Anweisung eines besonderen Sitzplatzes wegen Gesichts- oder Gehörfehlern u. s. w.) bedürfen. Ueber jedes untersuchte Kind ist ein, dasselbe während seiner ganzen Schulzeit begleitender „Gesundheitsschein" auszufüllen. Erscheint ein Kind einer ständigen ärztlichen Ueberwachung bedürftig, so ist der Vermerk „ärztliche Kontrole" auf der ersten Seite oben rechts zu machen. Die Spalte, betreffend „allgemeine Constitution" ist bei der Aufnahmeuntersuchung für jedes Kind auszufüllen, und zwar nach den Kategorien „gut, mittel und schlecht". Die Bezeichnung „gut" ist nur bei vollkommen tadellosem Gesundheitszustand, und „schlecht" nur bei ausgesprochenen Krankheitsanlagen oder chronischen Erkrankungen zu wählen. Die anderen Rubriken werden nur im Bedürfnissfalle ausgefüllt, und zwar bei der Aufnahmeuntersuchung, oder auch bei im Laufe des späteren Schuljahre bemerkbar werdenden Erkrankungen. Die Wägungen und Messungen werden von den betreffenden Klassenlehrern vorgenommen und sind in jedem Halbjahre in die betreffende Spalte einzutragen. (Abrundung auf $1/2$ cm und $1/4$ kg). Brustumfang wird vom Arzte gemessen, jedoch nur bei Kindern, die einer Lungenerkrankung verdächtig sind.

2. Alle vierzehn Tage — wenn ansteckende Krankheiten auftreten, auch häufiger — hält der Schularzt an einem mit dem Schulleiter vorher verabredeten Tage (z. B. dem ersten und dritten Donnerstag des Monats) in der Schule Sprechstunden ab. Zeit: Vormittags zehn bis nicht über zwölf Uhr. Hierzu ist, wenn irgend möglich, dem Arzte ein eigenes Zimmer zur Verfügung zu stellen. Wünscht der Arzt an einem anderen als dem verabredeten Tage die Schule zu besuchen, so hat er dies mindestens drei Tage früher dem Schulleiter mitzutheilen. Bei unvorhergesehenen Behinderungen gilt der nächstfolgende Wochentag als Besuchstag. Die erste Hälfte der Sprechstunde dient zu einem je zehn bis fünfzehn Minuten dauernden Besuche von zwei bis fünf Klassen während des Unterrichtes. Jede Klasse soll wenn möglich zwei Mal während eines Halbjahres besucht werden. Bei diesen Besuchen werden sämmtliche Kinder einer äusseren Revision unterzogen; bei besonderen, zu sofortiger Besprechung geeigneten Beobachtungen wird von dem Lehrer Auskunft gefordert und ihm solche auf Verlangen ertheilt. Erscheinen hierbei einzelne Kinder einer

genaueren Untersuchung bedürftig, so ist diese nachher in dem ärztlichen Sprechzimmer vorzunehmen. Gleichzeitig dienen diese Besuche auch zur Revision der Schullocalitäten und deren Einrichtung, sowie zur Kontrole über Ventilation, Heizung, körperliche Haltung der Schulkinder p. p.

Aus pädagogischen Rücksichten wird vom Arzte erwartet, dass er hierbei jedes Blossstellen eines Lehrers vor seiner Klasse in taktvoller Weise vermeidet. In der zweiten Hälfte der Sprechstunde sind etwa erforderliche genauere Untersuchungen vorzunehmen. Auch sind hierbei Kinder aus anderen, an dem Tage nicht besuchten Klassen, dem Arzte zuzuführen. Letztere jedoch nur in wirklich dringenden Fällen, besonders bei Verdacht auf ansteckende Erkrankungen. Die Gesundheitsscheine sämmtlicher zur Untersuchung kommenden Kinder sind von dem Klassenlehrer dem Arzte vorzulegen, bezw. zu übersenden. Sind noch keine Scheine vorhanden, so sind die Kinder auf einer fortlaufenden Liste zu notiren, mit den Bemerkungen des Lehrers, sowie mit einer Spalte für den ärztlichen Vermerk. Der betreffende Klassenlehrer hat, wenn irgend angängig, bei der ärztlichen Untersuchung zugegen zu sein. Für Benachrichtigung der übrigen Klassen und Zuführung der betreffenden Kinder zu sorgen, ist Sache des Schulleiters. Die ärztliche Behandlung erkrankter Schulkinder ist nicht Sache des Schularztes. Solche Kinder sind vielmehr an ihren Hausarzt oder den zuständigen Armenarzt resp. an einen Specialarzt, event. die Poliklinik zu verweisen. Bei älteren Kindern kann dies mündlich geschehen. Bei Erfolglosigkeit einer derartigen Ermahnung, sowie bei jüngeren Kindern, sind die betreffenden gedruckten „Mittheilungen" auszufüllen. Es hat dies jedoch nur bei ernsten, wichtigen Erkrankungen zu geschehen, wo das Interesse des Kindes oder der Schule es erfordert. Bei Ausfüllung der betreffenden Formulare ist jede Härte resp. Schroffheit des Ausdruckes zu vermeiden. Die Zusendung der Formulare an die betreffenden Eltern ist Sache des Schulleiters.

3. Die Gesundheitsscheine sind in den betreffenden Klassen in einem dauerhaften Umschlage aufzubewahren und bleiben, so lange sie nicht von dem Schulinspector eingefordet werden, in der Schule. Die Scheine mit dem Vermerk „Aerztliche Kontrole" sind dem Arzte bei jedem Besuche in der Klasse vorzulegen. Tritt ein Kind in eine andere Schule über, so ist sein Gesundheitsschein dahin durch den Schulleiter zu übersenden.

4. Die Schulärzte haben auf Antrag des Schulleiters einzelne Kinder in ihrer Wohnung zu untersuchen, um, falls die Eltern kein anderweites genügendes ärztliches Zeugniss beibringen, festzustellen, ob Schulversäumniss gerechtfertigt ist.

5. Die Schulärzte haben mindestens ein Mal im Sommer, ein Mal im Winter die Schullokalitäten und deren Einrichtungen zu revidiren. Die hierbei wie bei den sonstigen Besuchen gelegentlich gemachten Beobachtungen über die Beschaffenheit der zu überwachenden Gegenstände, sowie über Handhabung der Reinigung, Lüftung, Heizung und Beleuchtung und die etwa an diese Beobachtungen sich anschliessenden Vorschläge, sind von den Schulärzten in das für diesen Zweck bei dem Schulleiter aufliegende Buch einzutragen.

6. Ein Recht zu selbständigen Anweisungen an die Schulleiter und Lehrer, sowie an die Pedellen und sonstigen Schulbediensteten steht den Schulärzten nicht zu. Glauben sie, dass den von ihnen in Bezug auf die Behandlung der Kinder oder die Hygiene der Lokalitäten gemachten Vorschlägen nicht in genügender Weise Rechnung getragen wird, so lassen sie ihre bezüglichen Beschwerden durch ihren Vertreter in der Schulhygiene-Commission zum Vortrag bringen. In dringlichen Fällen machen sie daneben Anzeige bei dem städtischen Schulinspector und eventuell bei dem Königlichen Kreisarzt.

7. Behufs Erreichung eines möglichst zweckmässigen, gleichartigen Vorgehens wird der Vertreter der Schulärzte in der Schulhygiene-Commission seine Collegen zu gemeinsamen Besprechungen versammeln, zu welchen der Königliche Kreisarzt insbesondere dann einzuladen ist, wenn es sich um die gesundheitlichen Verhältnisse der Localitäten handelt.

8. Im Winter werden die Schulärzte in den Lehrer-Versammlungen kurze Vorträge über die wichtigsten Fragen der Schulhygiene halten. Die Schulärzte haben bis spätestens 15. Mai über ihre Thätigkeit in dem abgelaufenen Schuljahre einen schriftlichen Bericht dem ältesten Schularzte einzureichen. Der letztere hat diese Einzelberichte, mit einem kurzen übersichtlichen Gesammtbericht bis spätestens 1. Juni dem Magistrat vorzulegen. Bei der Aufstellung der Berichte sind etwa folgende 5 Punkte zu berücksichtigen: 1. Tabellarische, ziffermässige Zusammenstellung der Resultate bei den Aufnahmeuntersuchungen. 2. Zahl der abgehaltenen Sprechstunden bezw. ärztlichen Besuche der Classen. 3. Anzahl und Art der wichtigeren Erkrankungsfälle, die zur Untersuchung in den Sprechstunden gekommen sind. 4. Etwa erfolgte besondere ärztliche Anordnungen (Beschränkung der Unterrichtsstunden, des Turnens etc.). 5. Anzahl der an die Eltern gesandten schriftlichen „Mittheilungen". 6. Anzahl der unter „ärztlicher Controle" stehenden Schulkinder. 7. Summarische Angabe über die in das Hygienebuch eingetragenen Beanstandungen bezüglich Localitäten etc.

9. Will ein Schularzt ausserhalb der Zeit der Schulferien auf länger als eine Woche die Stadt verlassen, so hat er den Magistrat rechtzeitig hiervon zu benachrichtigen und für kostenlose geeignete Vertretung zu sorgen.

10. Für ihre Mühewaltung erhalten die Schulärzte aus der Stadtkasse ein in vierteljährlichen Raten postnumerando zahlbares Jahreshonorar.

11. Der Magistrat kann bei nachgewiesener Dienstvernachlässigung jederzeit die Entlassung des Schularztes verfügen. Im Uebrigen kann seitens des Schularztes sowie seitens des Magistrats der Dienstvertrag nur nach vorausgegangener vierteljährlicher Kündigung aufgehoben werden.

12. Der Magistrat behält sich vor, diese Dienstordnung abzuändern oder zu erweitern.

Anlage B.

Gesundheitsschein.

für . . . . . . . , Sohn — Tochter — d. . . . . . . .
geboren den . . . . 18 . . Schule . . seit . . 18 . .
geimpft . . . . . . 18 . . wiedergeimpft . . . . . 18 . .

Datum und Schuljahr. — Allgemeine Constitution. — Grösse. — Gewicht. — Brustumfang. — Brust und Bauch. — Hauterkrankungen (Parasiten). — Wirbelsäule und Extremitäten. — Augen- und Sehschärfe. — Ohren und Gehör. — Mund, Nase und Sprache. — Besondere Bemerkungen und Vorschläge für die Behandlung in der Schule. — Mittheilungen an die Eltern. — Bemerkungen des Lehrers.

Anlage C.

Bekanntmachung.

Zu besserem Schutze der Gesundheit der die öffentlichen Schulen besuchenden Kinder der Bürgerschaft haben die städtischen Körperschaften beschlossen, Schulärzte anzustellen, welchen die ärztliche Untersuchung der Kinder nach deren Eintritt in die Schule, die regelmässige Ueberwachung ihres Gesundheitszustandes, solange sie die Schule besuchen, und die Revision der Schulräumlichkeiten vom gesundheitlichen Gesichtspunkte aus übertragen ist.

Diese Einrichtung wird den Schulkindern wie deren Familien von wesentlichem Nutzen sein. Bei der Unterrichtsertheilung wird die Körperbeschaffenheit und der Gesundheitszustand des einzelnen Kindes weitergehende Berücksichtigung finden, als es bisher geschehen konnte, und es werden die Eltern durch die zu ihrer Kenntniss gebrachten Beobachtungen der Schulärzte in ihren Bestrebungen, ihre Kinder gesund zu erhalten, unterstützt werden.

Eltern, welche wünschen, dass ihre Kinder nicht durch den Schularzt untersucht werden (die ärztliche Behandlung gehört nicht zu den Dienstobliegenheiten der Schulärzte), müssen den erforderlichen gesundheitlichen Nachweis durch Zeugnisse ihres Hausarztes erbringen.

Formulare für ärztliche Zeugnisse sind im Botenzimmer des Rathhauses und bei den Schulpedellen unentgeltlich entgegenzunehmen.

Anlage D.

Mittheilung.

Die von dem Magistrat angeordnete ärztliche Untersuchung resp. Ueberwachung Ihres Kindes . . . . geb. . . hat ergeben, dass dasselbe an . . . . leidet. Für die Gesundheit Ihres Kindes, wie für das Interesse der Schule ist deshalb . . . dringend erforderlich.

Wiesbaden, den . . . 189 . Der Magistrat.

An . . . Nr. . .

## 2. Besondere Schuleinrichtungen für nicht normal begabte, aber unterrichtsfähige Kinder.

Der preussische Ministerial-Erlass vom 6. April 1901 führt hierüber folgendes aus:

„Der Königlichen Regierung übersende ich mit Bezug auf den Erlass vom 18. Juni v. Js. — U III A 1493 — beifolgend eine Uebersicht der in der Preussischen Monarchie zur Zeit vorhandenen Schuleinrichtungen für nicht normal begabte aber unterrichtsfähige Kinder. Die Entwickelung dieser Art von Schulen hat seit Aufnahme der letzten Statistik im Jahre 1896 einen erfreulichen Fortschritt gemacht. Seitdem die Bedeutung solcher Anstalten allgemein anerkannt und in Betreff ihrer Einrichtung und Leitung eine weitgehende Uebereinstimmung der Ansichten zur Geltung gelangt ist, hat die Zahl der Hülfsklassen erheblich zugenommen. Während im Jahre 1894 in 18 Städten 37 Hülfsschulen mit etwa 700 Kindern und 1896 in 25 Städten 37 derartige Schuleinrichtungen mit zusammen 2017 Kindern bestanden, giebt es jetzt in 42 Städten 91 solcher Anstalten mit zusammen 4728 Schulkindern in 233 Klassen. Nach den vorliegenden Berichten darf angenommen werden, dass die unterrichtlichen Leistungen dieser Klassen durchweg genügend, zum nicht geringen Theile sogar recht gut sind. Auch liegt kein Grund vor, daran zu zweifeln, dass die gesundheitliche wie unterrichtliche Ausstattung der Hülfsklassen in der Regel ausreichend ist. Nur der Umstand, dass noch an mehreren Orten von der Mitwirkung der Aerzte abgesehen wird, verdient besonders hervorgehoben zu werden, da er zeigt, dass noch in einem der wichtigsten Punkte eine Meinungsverschiedenheit zu beseitigen ist. Unter Hinweis auf das hierüber in dem Erlass vom 16. Mai 1894 — U III A 1030 — Centralblatt S. 568 — Gesagte, mache ich auf die in der Schularztfrage in letzter Zeit geführten Verhandlungen und zugleich darauf aufmerksam, dass auch nach dem vorliegenden Verzeichniss die überwiegende Mehrzahl der betheiligten Städte die ärztliche Mitwirkung wenigstens bei der Ausscheidung von Schülern für

die Hülfsklassen als erforderlich anerkennt. Die regelmässige Betheiligung des Arztes bei diesen Klassen ist unentbehrlich. Ich kann daher nur lebhaft wünschen, dass bei der nächsten Zusammenstellung sich keine Hülfsschule mehr finde, bei der nicht die regelmässige Zuziehung eines Arztes vorgesehen ist. In Betreff der Rückversetzung einzelner Kinder aus der Hülfsklasse in die Volksschule wird offenbar nicht überall dasselbe Verfahren beobachtet. An einzelnen Orten werden anscheinend auch ältere Kinder in untere Volksschulklassen versetzt. Dies ist zu vermeiden, denn nicht nur verursacht der Altersunterschied zwischen den zurückversetzten Kindern und den jüngeren Klassengenossen Schwierigkeiten, denen gerade die Hülfsklassen mit vorbeugen sollen, sondern es erhalten auch die zurückversetzten und dann alsbald aus einer unteren Klasse in das Leben zu entlassenden Kinder eine Schulbildung, durch welche sie für ihre Erwerbsfähigkeit nicht genug gewinnen. Die bisherigen opferwilligen Bestrebungen der Stadtgemeinden auf diesem Gebiete verdienen meine volle Anerkennung. Die Königliche Regierung wolle diesem Theile der öffentlichen Erziehung auch ferner Ihre Aufmerksamkeit zuwenden und namentlich den Lehrkräften bei der Erfüllung ihrer schwierigen, aber verdienstvollen Aufgabe mit Rath und That zu Hülfe kommmen."

### 3. Unterricht epileptischer Kinder.

Die Frage des Schulbesuchs epileptischer Kinder behandelt der preussische Ministerial-Erlass vom 22. August 1884 wie folgt:

„Dem Rath, epileptische Kinder vom Besuche öffentlicher Schulen unbedingt auszuschliessen, kann in dieser Allgemeinheit nicht stattgegeben werden, weil es solche Kinder giebt, deren Anfälle äusserst selten sind, während bei anderen Kindern diese vorzugsweise des Nachts auftreten und nur ein Bruchtheil aller an Epilepsie leidenden Kinder von geringer Intelligenz ist oder perverse Charakterzüge zeigt. Namentlich lässt es sich nicht rechtfertigen, Kinder mit nur seltenen Anfällen und guter geistiger Begabung von der Wohlthat des öffentlichen Unterrichts auszuschliessen, dieselben vielmehr in Gemeinschaft mit wenig Begabten oder gar Schwachsinnigen zu bringen. Nur für letztere erscheint die Forderung eines besonderen Schulunterrichts erforderlich. Nach den statistischen Erhebungen kam auf fünf Schulen ein epileptisches Kind. Die Zahl der in einer Schule resp. in einer Klasse derselben vorkommenden epileptischen Anfälle kann daher nur äusserst gering sein. Wesentlich kommt das Interesse derjenigen epileptischen Kinder in Betracht, welche wenig begabt oder sogar schwachsinnig sind und daher dem gewöhnlichen Unterricht nicht folgen können. Die für diese Kinder einzurichtenden Unterrichtsanstalten würden ein gewisses Analogon zu den Idiotenanstalten bilden: Die Wissenschaftliche Deputation befürwortet für diesen Zweck geschlossene Anstalten, die unter gleichzeitiger Fürsorge für Schulunterricht und körperliche Beschäftigung der Zöglinge unter ärztlicher Leitung stehen müssen."

Ueber dieselbe Frage wird in dem Badischen Ministerial-Erlass vom 26. Juni 1893 folgendes bestimmt:

„Im Hinblick darauf, dass die Anstalt für epileptische Kinder in Rork seit 30. November v. J. besteht, und deren Einrichtungen, wie sich bei einer kürzlich durch den diesseitigen Medicinalreferenten vorgenommenen Besichtigung ergeben hat, allen Anforderungen entsprechen, hat der Grossherzogl. Oberschulrath die Grossherzogl. Kreisschulräthe angewiesen, künftighin mit grösserer Strenge auf den Ausschluss epileptischer Kinder von der Volksschule Bedacht zu nehmen, da die Theilnahme solcher Kinder an dem Unterricht mit mannigfachen Nachtheilen für das Wohlbefin-

den und den Unterricht der übrigen Schüler verbunden ist. — Die Grossherzoglichen Kreisschulräthe werden deshalb in allen Fällen, in welchen bei Visitationen oder sonstiger Gelegenheit der Besuch der Volksschule durch ein epileptisches Kind zu ihrer Kenntniss gelangt, zum Zwecke der Beschlussfassung über die Entbindung bezw. Ausschliessung dieses Kindes vom Schulbesuche auf Grund des § 3 Absatz 2 des Gesetzes über den Elementarunterrricht vom 30. Mai 1892 Vorlage an den Grossherzogl. Oberschulrath erstatten.

Eine Anregung Grossherzogl. Oberschulraths entsprechend, werden auch die Grossherzogl. Bezirksärzte hiermit angewiesen, bei ihren Schulbesuchen darauf Bedacht zu nehmen, dass sie von dem Vorhandensein epileptischer Kinder Kenntniss erhalten. Zutreffenden Falls ist von dem Sachverhalt dem Grossherzogl. Bezirksamte zur weiteren Vorkehr Anzeige zu erstatten.“

## 4. Unterricht nervenüberreizter Schulkinder.

Sehr beachtenswerth ist bezüglich dieser Frage der Preussische Ministerial-Erlass vom 24. December 1889:

„Die immer wiederkehrenden Selbstmorde von Schülern höherer Lehranstalten sind eine so beklagenswerthe Erscheinung, dass es Pflicht der Schulverwaltung ist, nicht nur wie bisher, den einzelnen Fällen nachzugehen, sondern die traurigen Thatsachen nach den zu Grunde liegenden Ursachen im Zusammenhang zu prüfen und nach Mitteln zu suchen, um die erkannten, in ihrem Verlaufe nicht selten das Glück ganzer Familien zerstörenden krankhaften Dispositionen des heranwachsenden Schülergeschlechts thunlichst frühzeitig und vorbeugend zu bekämpfen. . . . .

Gewiss empfängt die Schule nicht wenige Kinder aus dem Elternhause, welche zwar begabt, aber zart und mehr oder weniger krankhaft veranlagt sind, auch scheinen vielfach die überreizten Verhältnisse in Familie und Gesellschaft nicht darnach angethan, die Aufgabe der Schule in der angedeuteten Richtung zu erleichtern; gleichwohl wird dieselbe stets sich gegenwärtig halten müssen, dass es Pflicht des Erziehers ist, diese bedenklichen Einwirkungen thunlichst einzuschränken und Leib und Seele der Zöglinge dagegen zu stählen und widerstandsfähiger zu machen.

Behufs Lösung dieser schwierigen Aufgabe kommt es vor Allem darauf an, dass jeder Knabe von seinem ersten Eintritt in die Schule an nach seiner Veranlagung, seinen körperlichen und sittlichen Dispositionen beobachtet, erkannt und demgemäss möglichst individuell behandelt wird. Dabei wird sich bald ergeben, dass auch in grösseren Klassen immer nur eine verhältnissmässig kleine Zahl von Schülern eine besondere Rücksichtnahme nach einer oder der anderen Seite erheischt. Wird gerade diesen vor anderen in den monatlichen Conferenzen der Lehrer stete Aufmerksamkeit gewidmet und dadurch eine fortgesetzt einheitliche und erziehliche Behandlung derselben durch alle Lehrer, vor allem den Ordinarius und Religionslehrer, gesichert, so darf erwartet werden, dass auch bei dem erfahrungsmässig in dieser Frage nicht selten verhängnissvollen Vorgang der Versetzung der Schüler das Schlussurtheil der Lehrer nicht etwa nur nach einzelnen Probeleistungen, sondern in gewissenhaftester Würdigung aller in Betracht kommenden Momente pflichtmässig und wohlwollend gefällt wird und dass nöthigenfalls der Dirigent der Schule eine etwa erforderlich scheinende Abhülfe eintreten lässt. Einer Ueberraschung der Eltern oder der Schüler durch unerwartete Misserfolge ist seitens der Schule dadurch vorzubeugen, dass die ersteren frühzeitig auf das voraussichtliche Ergebniss der Versetzung vorschriftsmässig und unter Angabe der Gründe hingewiesen werden. Liegen diese in mangelhafter Begabung oder in beengenden äusseren Verhältnissen, deren Beseitigung nicht

zu erhoffen ist, so ist den Eltern nachdrücklich der Rath zu ertheilen, den Schüler für einen anderen Beruf zu bestimmen. Dasselbe wird bei hartnäckig fortgesetztem Unfleiss oder hartnäckigem Widerstreben gegen die Anordnungen der Schule geschehen müssen, so zwar, dass bei Nichtbefolgung des Rathes demnächst die Entfernung des betreffenden Schülers aus der Anstalt herbeizuführen ist. Dem oft geradezu verderblichen Drängen der Eltern, ihre zu Studien nicht geeigneten Söhne durch Privatunterricht und Nachhülfestunden vorwärts zu bringen, ist dabei entschieden entgegen zu treten. Danebenher geht aber noch eine Reihe von Fällen, wo der Grund des Misserfolgs in vorübergehenden körperlichen oder geistigen Dispositionen der Knaben und Jünglinge, zumal in der Entwickelungszeit zu suchen ist. Hier ist besondere Vorsicht geboten und ein vertrauensvolles Zusammenwirken von Schule und Haus unter Hinzuziehung erfahrener Aerzte vor Allem nöthig. Lieblose Behandlung kann gerade in solchen Fällen namenloses Unglück herbeiführen. Obschon ich an dieser Stelle ein Eingehen auf Näheres mir versagen muss, so kann ich doch auch nicht unterlassen, darauf hinzuweisen, dass in derartigen Zuständen vor Allem es gilt, in den Schülern das Vertrauen zu sich selbst zu heben, das Gefühl der sittlichen Verantwortung zu beleben und zu stärken, die Wahl ihres Umganges und ihrer Lectüre zu überwachen, sowie durch angemessene Leibesübungen sie zu kräftigen, für ihre Erholung, namentlich in geschlossenen Anstalten, in zweckmässiger frischer Weise zu sorgen, kurz, ihnen alle Stützen zu gewähren, welche über den zeitweiligen Misserfolg ihnen hinweghelfen. Auch ist auf die Schülerverbindungen eine unausgesetzte Aufmerksamkeit zu verwenden. Wiederholt ist die Erfahrung gemacht, dass sie durch Einführung in Genüsse, welche dem jugendlichen Alter nicht entsprechen, die Gesundheit schädigen, durch die ehrenwörtliche Uebernahme von Pflichten den Sinn für Wahrhaftigkeit beeinträchtigen und leiblich und geistig ihre Theilnehmer so ungünstig beeinflussen, dass letztere in Conflikstfällen unterliegen und sich den wirklichen und eingebildeten Schwierigkeiten durch eine beklagenswerthe Handlung entziehen."

### 5. Curse für stotternde Schulkinder.

Preuss. Ministerial-Erlass vom 15. November 1893:

„Aus den Berichten der Königl. Regierung . . . . habe ich mit Befriedigung ersehen, dass die in verschiedenen Orten des dortigen Regierungsbezirks seither abgehaltenen Heilcurse für stammelnde und stotternde Kinder zu günstigen Ergebnissen geführt haben. Mit der Königl. Regierung bin ich darin einverstanden, dass das Halten von Vorträgen durch die Leiter der Heilcurse für Kinder mit den vorgedachten Sprechgebrechen auf den Lehrerconferenzen im Interesse der weiteren Förderung der Sache von besonderer Wichtigkeit ist. Der Königl. Regierung gebe ich in dieser Hinsicht die erforderlichen Weisungen anheim."

### 6. Behandlung schwerhöriger Schulkinder.

Preuss. Ministerial-Erlass vom 12. November 1885:

„1. Die Anzahl der schwerhörigen Schüler in den höheren Schulen der gesammten Monarchie (unter Ausschluss der mit einem Theile derselben verbundenen Vorschulen) beträgt 2,18 pCt. der Schülerzahl. Der Procentsatz der Schwerhörigen, berechnet für die einzelnen Provinzen, zeigt einen nur mässigen Unterschied von dem für die ganze Monarchie sich ergebenden Procentsatz; der niedrigste Procentsatz ist in einer Provinz 1,57 pCt., der höchste in einer anderen 2,48 pCt. Jedenfalls bilden

die schwerhörigen Schüler einen so kleinen Theil der Schülerzahl, dass es möglich ist, durch Anweisung der geeignetsten Plätze ihnen das Hören thunlichst zu erleichtern und durch besondere Beobachtung ihre Aufmerksamkeit zu constatiren. Wenn schwerhörige Schüler ungeachtet dieser Maassregel nicht im Stande sind, dem Unterricht zu folgen, so sind die Eltern oder deren Stellvertreter hiervon mit dem Bemerken in Kenntniss zu setzen, dass von einem ferneren Besuche der öffentlichen Schule seitens ihrer Söhne ein Erfolg nicht zu erwarten sei.

2. Von den 2,18 pCt., welche die schwerhörigen Schüler von der Gesammtzahl der Schüler in den höheren Schulen der Monarchie betragen, sind 1,74 pCt. der Gesammtzahl der Schüler (oder 80 pCt. der Schwerhörigen) mit diesem Uebel schon bei ihrem Eintritt in die Schule behaftet gewesen; von den 1,80 pCt. schwerhörigen Schülern der gesammten Vorschulen sind 1,50 pCt. (oder 79 pCt. der Schwerhörigen) schon als schwerhörig in die Vorschule eingetreten. Nur bei 0,44 pCt. der Schüler der höheren Schulen und nur bei 0,31 pCt. der Schüler der Vorschulen fällt die Entstehung der Schwerhörigkeit in die Zeit des Schulbesuchs. Dem Umstande, dass in den höheren Schulen die schwerhörigen Schüler 2,18 pCt., in den Vorschulen nur 1,80 pCt. der Gesammtzahl betragen, kann man zunächst geneigt sein, die Deutung zu geben, dass an der Entstehung der Schwerhörigkeit der Schule ein, wenn auch sehr unerheblicher, ursächlicher oder mit ursächlicher Einfluss beizumessen sei. Bedenkt man indess, dass von denjenigen Fällen, in welchen der Anlass der Schwerhörigkeit zu bestimmter Kenntniss der Schule gelangt ist, die volle Hälfte sich als Folge von Masern, Scharlach und verwandten Krankheiten erweist, und dass diese Krankheiten wohl ebenso häufig erst in den nächsten Jahren, nach dem neunten Lebensjahre, also nach dem Eintritt in die höheren Schulen eintreten, als vor denselben, so wird man Bedenken tragen müssen, einer solchen Auslegung des an sich nicht erheblichen Unterschiedes stattzugeben. Vollständig beseitigt wird ein solcher Gedanke durch die Thatsache, dass in der Vertheilung der Schwerhörigen auf die einzelnen Klassen der höheren Schulen nicht ein Steigen der Verhältnisszahlen nach den aufsteigenden Klassen ersichtlich wird, sondern ihre Vertheilung auf die verschiedenen Klassen als eine rein zufällige erscheint. Der Vorwurf, dass die höheren Schulen durch ihre Einrichtung oder durch die an ihre Schüler gestellten Forderungen Schwerhörigkeit herbeiführen oder befördern und steigern, ist bis jetzt nicht erhoben worden. Denn wenn von ärztlicher Seite erwähnt worden ist, dass die Wege zur Schule oder dass unzweckmässige Leistungen während der Lehrstunden Katarrhe des Ohres und Halses veranlassen oder steigern können, und dass hierdurch im weiteren Verlaufe Schwerhörigkeit herbeigeführt werden kann, so sind hiermit Einwirkungen bezeichnet, welche auch ausserhalb des Schullebens in gleicher Weise vorkommen, nicht als specifische Einflüsse der Schule und ihrer Einrichtung zu betrachten sind. Es kommt daher ferner in Betracht, dass chronische Katarrhe des Ohrs resp. Ohrenflüsse, die ausser den genannten Krankheiten am meisten Schwerhörigkeit bedingen, ärztlicher Seits auf eine scrophulöse Grundlage zurückgeführt werden. Ebenso verhält es sich mit dem chronischen Nasenkatarrh, wenn derselbe das Gehör nachtheilig beeinflusst. Dass der Schule irgend eine ursächliche Bedeutung für die unter den Schülern vorkommende Schwerhörigkeit nicht beizumessen ist, darf als sicher bestätigt durch die angestellten Ermittelungen erachtet werden. Hiernach kann die Veranlassung zu einer etwaigen specialärztlichen Untersuchung der Zöglinge der höheren Schulen auf Schwerhörigkeit nicht anerkannt werden, vielmehr ist die Sorge dem Elternhause zu überlassen.

Der Schule ist nur zur Pflicht zu machen, dass sie bei denjenigen schwerhörigen Schülern, welche ihr Uebel noch nicht zur

Theilnahme am Unterrichte unfähig macht, durch besondere Berücksichtigung und Aufmerksamkeit die nachtheiligen Folgen des Leidens für die geistige Entwickelung der Schüler möglichst zu ermässigen suche, und dass sie, wo die beginnende Schwerhörigkeit den Eltern noch nicht bekannt zu sein scheint, dieselben sofort in Kenntniss setze und ihnen die Einholung ärztlichen Rathes anheim gebe."

## 7. Schliessung der Schulen bei ansteckenden Krankheiten und Verhütung ansteckender Krankheiten durch die Schulen.

a) Reichsgesetz, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, vom 30. Juni 1900 (Reichs-Gesetzbl., S. 306), § 16 siehe den Abschnitt: Ansteckende Kranke.

b) Preussisches Regulativ, die sanitätspolizeilichen Vorschriften bei den am häufigsten vorkommenden ansteckenden Krankheiten enthaltend, vom 8. August 1835 (Gesetz-Samml., S. 240): „§ 14. Hinsichtlich der Schulen sollen zwar die gesetzlichen Bestimmungen, die den Schulbesuch befehlen, in keinem von einer ansteckenden Epidemie heimgesuchten Orte zur strengen Anwendung kommen, doch soll auch die gänzliche Schliessung der Schulen nicht ohne dringende Noth erfolgen, und nur von den Sanitätscommissionen besonders darauf gewacht werden, dass in den Schulzimmern stets eine reine Luft erhalten und Ueberfüllung vermieden werde. An ansteckenden Krankheiten leidende Kinder müssen aus den Schulen, Fabriken und anderen Anstalten, in denen ein Zusammenfluss von Kindern stattfindet, entfernt werden und sind nicht eher wieder zuzulassen, als bis ihre völlige Genesung und die Beseitigung der Ansteckungsfähigkeit ärztlich bescheinigt ist. Ebenso ist aus Familien, in welchen Jemand an Pocken, Scharlach, Masern und anderen, besonders Kinder gefährdenden, ansteckenden Krankheiten leidet, der Besuch der Schulen und ähnlichen Anstalten denjenigen Kindern nicht zu gestatten, welche mit dem Kranken in fortwährendem Verkehr stehen."

c) Runderlass des preussischen Ministers der Medicinal-Angelegenheiten und des Ministers des Innern, betreffend die Schliessung der Schulen bei ansteckenden Krankheiten, vom 14. Juli 1884 (Min.-Bl. f. d. i. V., S. 1898):

„Zur Beseitigung von Zweifeln in Betreff der Schliessung von Schulen bei ansteckenden Krankheiten bestimmen wir unter Verweisung auf die Vorschriften in § 14 des durch die Allerhöchste Ordre vom 8. August 1835 genehmigten Regulativs über die sanitätspolizeilichen Vorschriften — Gesetz-Samml., S. 240 — und auf das Gutachten der Abtheilung für die Medicinal-Angelegenheiten im Ministerium der geistlichen pp. Angelegenheiten vom 26. October 1866 — Centralblatt für die gesammte Unterrichtsverwaltung in Preussen, Jahrgang 1867, S. 113 —, sowie unter Beifügung einer Anweisung zur Verhütung der Uebertragung ansteckender Krankheiten durch die Schulen Folgendes:

Ueber die Schliessung einer Schule auf dem Lande und in Städten, welche unter dem Landrathe stehen, hat der Landrath unter Zuziehung des Kreisarztes zu entscheiden. Von jeder Schliessung hat der Landrath dem Kreis-Schulinspector Mittheilung und der vorgesetzten Schulaufsichtsbehörde Anzeige zu machen. In Städten, welche nicht unter einem Landrathe stehen, ist über die Schliessung der Schulen von dem Polizeiverwalter des Orts nach Anhörung des Kreisarztes und des Vorsitzenden der Schuldeputation zu entscheiden. Die Schliessung ist durch den Ortsschulinspector zur Ausführung zu bringen und gleichzeitig von denselben der Schul-

aufsichtsbehörde Anzeige zu erstatten. Ew. Hochwohlgeboren ersuchen wir ergebenst, das in medicinalpolizeilicher Hinsicht zur Durchführung der getroffenen Anordnungen Erforderliche gefälligst zu veranlassen. Die Provinzial-Schulbehörden haben Abschrift dieser Verfügung und ihrer Anlage erhalten."

Anweisung zur Verhütung der Uebertragung ansteckender Krankheiten durch die Schulen.

1. Zu den Krankheiten, welche vermöge ihrer Ansteckungsfähigkeit besondere Vorschriften für die Schulen nöthig machen, gehören: a) Cholera, Ruhr, Masern, Rötheln, Scharlach, Diphtherie, Pocken, Flecktyphus, Rückfallsfieber, epidemischer Kopfgenickkrampf und Lepra[1]); b) Unterleibstyphus, contagiöse Augenentzündung, Krätze und Keuchhusten, der letztere, sobald und solange er krampfartig auftritt. 2. Kinder, welche an einer in No. 1a oder b genannten ansteckenden Krankheit leiden, sind vom Besuche der Schule auszuschliessen. 3. Das Gleiche gilt von gesunden Kindern, wenn in dem Hausstande, welchem sie angehören, ein Fall der in No. 1a genannten ansteckenden Krankheiten vorkommt, es müsste denn ärztlich bescheinigt sein, dass das Schulkind durch ausreichende Absonderung vor der Gefahr der Ansteckung geschützt ist. 4. Kinder, welche gemäss No. 2 oder 3 vom Schulbesuch ausgeschlossen worden sind, dürfen zu demselben erst dann wieder zugelassen werden, wenn entweder die Gefahr der Ansteckung nach ärztlicher Bescheinigung für beseitigt anzusehen, oder die für den Verlauf der Krankheit erfahrungsgemäss als Regel geltende Zeit abgelaufen ist. Als normale Krankheitsdauer gelten bei Scharlach und Pocken sechs Wochen, bei Masern und Rötheln vier Wochen. Es ist darauf zu achten, dass vor der Wiederzulassung zum Schulbesuch das Kind und seine Kleidungsstücke gründlich gereinigt werden. 5. Für die Beobachtung der unter No. 2—4 gegebenen Vorschriften ist der Vorsteher der Schule (Director, Rector, Hauptlehrer, erster Lehrer, Vorsteherin pp.), bei einklassigen Schulen der Lehrer (Lehrerin) verantwortlich. Von jeder Ausschliessung eines Kindes vom Schulbesuche wegen ansteckender Krankheit — No. 2 und 3 — ist der Ortspolizeibehörde sofort Anzeige zu machen. 6. Aus Pensionaten, Convicten, Alumnaten und Internaten dürfen Zöglinge während der Dauer oder unmittelbar nach dem Erlöschen einer im Hause aufgetretenen ansteckenden Krankheit nur dann in die Heimath entlassen werden, wenn dies nach ärztlichem Gutachten ohne die Gefahr einer Uebertragung der Krankheit geschehen kann und alle vom Arzte etwa für nöthig erachteten Vorsichtsmaassregeln beobachtet werden. Unter denselben Voraussetzungen sind die Zöglinge auf Verlangen ihrer Eltern, Vormünder oder Pfleger zu entlassen. 7. Wenn eine im Schulhause wohnhafte Person in eine der unter No. 1a und 1b genannten, oder eine ausserhalb des Schulhauses wohnhafte, aber zum Hausstande eines Lehrers der Schule gehörige Person in eine der unter No. 1a genannten Krankheiten verfällt, so hat der Haushaltungsvorstand hiervon sofort dem Schulvorstande (Curatorium) und der Ortspolizeibehörde Anzeige zu machen. Die letztere hat, wenn möglich unter Zuziehung eines Arztes, für die thunlichste Absonderung des Kranken zu sorgen und über die Lage der Sache, sowie über die von ihr vorläufig getroffenen Anordnungen dem Landrath (Amtshauptmann) Bericht zu erstatten. Der Landrath (Amtshauptmann) hat unter Zuziehung des Kreisarztes darüber zu entscheiden, ob die Schule zu schliessen oder welche sonstigen Anordnungen im Interesse der Gesundheitspflege zu treffen sind. In Städten, welche nicht unter dem Landrath

1) Epidemischer Kopfgenickkrampf ist zugefügt durch den Min.-Erlass vom 23. November 1888, Lepra durch den Runderlass vom 19. Januar 1897.

(Amtshauptmann) stehen, tritt an die Stelle des letzteren der Polizeiverwalter des Orts. Diese Vorschrift gilt auch für die in No. 6 bezeichneten Anstalten. 8. Sobald in dem Orte, wo die Schule sich befindet, oder in seiner Nachbarschaft mehrere Fälle einer ansteckenden Krankheit (No. 1) zur Kenntniss kommen, haben Lehrer und Schulvorstand ihr besonderes Augenmerk auf Reinhaltung des Schulgrundstücks und aller seiner Theile, sowie auf gehörige Lüftung der Klassenräume zu richten. Insonderheit sind die Schulzimmer und die Bedürfnissanstalten täglich sorgsam zu reinigen. Schulkindern darf diese Arbeit nicht übertragen werden. Die Schulzimmer sind während der unterrichtsfreien Zeit andauernd zu lüften, die Bedürfnissanstalten nach der Anordnung der Ortspolizeibehörde regelmässig zu desinficiren. Diese Vorschrift gilt auch für die in No. 6 bezeichneten Anstalten und erstreckt sich für diese auf die Wohnungs-, Arbeits- und Schlafräume der Zöglinge. 9. Ueber die Schliessung von Schulen oder einzelnen Klassen derselben wegen ansteckender Krankheit hat der Landrath (Amtshauptmann) unter Zuziehung des Kreisarztes zu entscheiden. Ist Gefahr im Verzuge, so können der Schulvorstand (Curatorium) und die Ortspolizeibehörde auf Grund ärztlichen Gutachtens die Schliessung anordnen. Sie haben aber hiervon sofort ihrer vorgesetzten Behörde Anzeige zu machen. Ausserdem sind sie verpflichtet, alle gefahrdrohenden Krankheitsverhältnisse, welche eine Schliessung der Schule angezeigt erscheinen lassen, zur Kenntniss ihrer vorgesetzten Behörden zu bringen. 10. Die Wiedereröffnung einer wegen ansteckender Krankheit geschlossenen Schule oder Schulklasse ist nur nach vorangegangener gründlicher Reinigung und Desinfection des Schullokals zulässig. Sie darf nur erfolgen auf Grund einer vom Landrath (Amtshauptmann) unter Zuziehung des Kreisarztes zu treffenden Anordnung. In Städten, welche nicht unter dem Landrath (Amtshauptmann) stehen, tritt an die Stelle des letzteren der Polizei-Verwalter des Orts. 11. Die vorstehenden Vorschriften No. 1—10 finden auch auf private Unterrichts- und Erziehungsanstalten einschliesslich der Kinderbewahranstalten, Spielschulen, Warteschulen, Kindergärten u. s. w. Anwendung.“

d) Runderlass des preussischen Ministers der Medicinal-Angelegenheiten, der Finanzen und des Innern, betreffend die Verhütung der Uebertragung ansteckender Augenkrankheiten durch die Schulen, vom 20. Mai 1898 (Centralbl. f. d. ges. Unterrichts-Verw. 1899, S. 372.):

„Die Zunahme der Körnerkrankheit in verschiedenen Theilen der Monarchie lässt es erforderlich erscheinen, der Verhütung ihrer Uebertragung in den Schulen grössere Aufmerksamkeit zuzuwenden. Denn erfahrungsgemäss sind es häufig die Schulen, in welchen das Auftreten der Körnerkrankheit in einem Orte zuerst zur Kenntniss der Behörden gelangt. Auch findet nicht selten durch Vermittelung der Schulen die Verbreitung der Krankheit aus einer Familie in andere statt. Wir haben daher die Anlage zu dem Runderlass vom 14. Juli 1884 — Min. d. In. II 7800, M. d. g. A. U. IIIa 18424 II U. II. 2440. M. 5092 —, soweit sich dieselbe auf ansteckende Augenkrankheiten bezieht, den neueren Erfahrungen entsprechend umarbeiten lassen und übersenden dieselbe beifolgend mit dem Ersuchen, das zur Durchführung der darin getroffenen Anordnungen Erforderliche zu veranlassen. Besonderen Werth legen wir auf die Mitwirkung der Lehrer und Lehrerinnen bei der Verhütung und Bekämpfung der Körnerkrankheit in den Schulen. Dieselben haben sich in dieser Beziehung in den östlichen Provinzen schon vielfach als werthvolle Hülfskräfte für die Aerzte erwiesen, unter deren Unterweisung und Aufsicht sie sich auch in Zukunft sehr nützlich und verdient machen können.

Anweisung zur Verhütung der Uebertragung ansteckender Augenkrankheiten durch die Schulen.

1. Augenkrankheiten, welche vermöge ihrer Ansteckungsfähigkeit besondere Vorschriften für die Schulen erforderlich machen, sind a) Blennorrhöe und Diphtherie der Augenlid-Bindehäute, b) acuter und chronischer Augenlid-Bindehautkatarrh, Folliculärkatarrh und Körnerkrankheit (granulöse oder egyptische Augenentzündung, Trachom). 2. Es ist darauf hinzuwirken, dass von einem jeden Fall von ansteckender Augenkrankheit, welcher bei einem Schüler oder bei dem Angehörigen eines Schülers vorkommt, durch den Vorstand der Haushaltung, welcher der Schüler angehört, dem Vorsteher der Schule (Director, Rector, Hauptlehrer, erstem Lehrer, Vorsteherin u. s. w.), bei einklassigen Schulen dem Lehrer (Lehrerin) unverzüglich Anzeige erstattet wird. 3. Schüler, welche an einer der unter 1a genannten Augenkrankheiten leiden, sind unter allen Umständen, solche, welche an einer der unter 1b genannten Augenkrankheiten leiden, dagegen nur, wenn bezw. solange sie deutliche Eiterabsonderung haben, vom Besuche der Schule auszuschliessen. 4. Schüler, welche an einer der unter 1b genannten Augenkrankheiten leiden, jedoch keine deutliche Eiterabsonderung haben, sowie solche Schüler, welche gesund sind, aber einer Haushaltung angehören, in der ein Fall von ansteckender Augenkrankheit (1a oder 1b) aufgetreten ist, dürfen am Unterrichte theilnehmen, wenn sie besondere, von den gesunden Schülern genügend weit entfernte Plätze angewiesen erhalten. 5. Schüler, welche gemäss Ziffer 3 vom Schulbesuche ausgeschlossen oder gemäss Ziffer 4 gesondert gesetzt worden sind, dürfen zum Schulbesuch bezw. auf ihren gewöhnlichen Platz nicht wieder zugelassen werden, bevor nach ärztlicher Bescheinigung die Gefahr der Ansteckung beseitigt ist und sowohl die Schüler selbst als ihre Wäsche und Kleidung gründlich gereinigt worden sind. 6. Für die Beobachtung der unter Ziffer 3 bis 5 gegebenen Vorschriften ist der Vorsteher der Schule (Ziffer 2), bei einklassigen Schulen der Lehrer (Lehrerin) verantwortlich. Derselbe hat vor jeder Ausschliessung eines Kindes vom Schulbesuch wegen ansteckender Augenkrankheit (Ziffer 3) der Ortspolizeibehörde unverzüglich Anzeige zu erstatten. 7. Aus Pensionaten, Convikten, Alumnaten und sonstigen Internaten dürfen Zöglinge während der Dauer oder unmittelbar nach dem Erlöschen einer in der Anstalt epidemisch aufgetretenen ansteckenden Augenkrankheit nur dann in die Heimath entlassen werden, wenn dies nach ärztlichem Gutachten ohne Gefahr der Uebertragung der Krankheit geschehen kann, und alle vom Arzt für nöthig erachteten Vorsichtsmaassregeln beobachtet worden sind. 8. Lehrer und anderweitig im Schuldienste beschäftigte Personen, welche an einer ansteckenden Augenkrankheit (1a und 1b) erkranken, haben hiervon dem Vorsteher der Schule (Ziffer 2) und der Ortspolizeibehörde unverzüglich Anzeige zu erstatten. Wohnt der Erkrankte im Schulhause selbst, so hat der Vorsteher der Schule darauf hinzuwirken, dass der Kranke ärztlich behandelt und, falls dies nach ärztlichem Gutachten erforderlich, abgesondert wird. Wohnt der Erkrankte ausserhalb des Schulhauses, so darf er während der Dauer der Krankheit das Schulhaus nicht betreten, bevor nach ärztlicher Bescheinigung die Gefahr der Ansteckung beseitigt und seine Wäsche und Kleidung gründlich gereinigt worden ist. Leidet der Erkrankte an einer der unter 1b aufgeführten Augenkrankheiten, so darf er seinen Dienst in der Schule fortsetzen, wenn bezw. so lange er keine deutliche Eiterabsonderung hat. 9. Lehrer und anderweitig im Schuldienste beschäftigte Personen, in deren Hausstand ein Fall von ansteckender Augenkrankheit (1a und 1b) auftritt, haben hiervon dem Vorsteher der Schule (Ziffer 2) unverzüglich Anzeige zu erstatten. Handelt es sich um eine der unter 1a aufgeführten Augenkrankheiten, so dürfen sie

während der Dauer der Erkrankung ihren Dienst nur versehen, wenn nach ärztlicher Bescheinigung eine Gefahr dei Verbreitung der Krankheit in der Schule damit nicht verbunden ist.

10. Sobald in einer Schule oder in einem Orte, in welchem sich eine Schule befindet, oder in einem Nachbarorte, aus welchem Kinder die Schule besuchen, mehrere Fälle von ansteckenden Augenkrankheiten vorkommen, hat der Vorsteher der Schule (Ziffer 2) bei dem Landrath (Oberamtmann), bezw. in Städten, welche einen eigenen Kreis bilden, bei dem Polizeiverwalter des Ortes eine ärztliche Untersuchung der Lehrer und Schüler, sowie sämmtlicher im Schulhause wohnender Personen durch den beamteten Arzt zu beantragen. Ob bezw. wie oft dieselbe zu wiederholen ist, bestimmt die zuständige Behörde nach Anhörung des beamteten Arztes. 11. Für die Behandlung der an ansteckenden Augenkrankheiten leidenden Schüler hat, soweit dieselbe nicht nach ärztlicher Bescheinigung durch die Eltern veranlasst wird, die Ortspolizeibehörde Sorge zu tragen. 12. Während der Dauer einer ansteckenden Augenkrankheit in einer Schule sind das Schulgrundstück, die Schulzimmer und die Bedürfnissanstalten täglich besonders sorgfältig zu reinigen, die Schulzimmer während der unterrichtsfreien Zeit fleissig zu lüften, die Bedürfnissanstalten nach Anordnung der Ortspolizeibehörde zu desinficiren; die Thürklinken, Schultafeln und Schulbänke täglich nach Beendigung des Unterrichts mit einer lauwarmen Lösung von je einem Theile Schmierseife und reiner Carbolsäure in hundert Theilen Wasser abzuwaschen. Diese Vorschrift gilt auch für die in Ziffer 7 bezeichneten Anstalten und erstreckt sich in diesen auch auf die Wohn-, Arbeits- und Schlafräume. 13. Die Schliessung einer Klasse oder einer ganzen Schule wegen einer ansteckenden Augenkrankheit wird nur in den seltensten Fällen erforderlich und rathsam sein und kann nur durch den Landrath (Oberamtmann) bezw. in Städten, welche einen eigenen Kreis bilden, den Polizeiverwalter des Orts nach Anhörung des beamteten Arztes geschehen. Namentlich ist sie bei Folliculärkatarrh fast nie und bei der Körnerkrankheit in der Regel nur dann erforderlich, wenn eine grössere Anzahl von Schülern an deutlicher Eiterabsonderung leidet. Ist Gefahr im Verzuge, so können der Vorsteher der Schule und die Ortspolizeibehörde auf Grund ärztlichen Gutachtens die vorläufige Schliessung der Schule selbständig anordnen, haben jedoch hiervon dem Kreisschulinspector und dem Landrath (Oberamtmann) unverzüglich Anzeige zu erstatten. 14. Die Wiedereröffnung einer wegen einer ansteckenden Augenkrankheit geschlossen gewesenen Schule oder Schulklasse darf nur auf Grund einer vom Landrath (Oberamtmann) bezw. in Städten, welche einen eigenen Kreis bilden, vom Polizeiverwalter des Ortes zu treffenden Anordnung erfolgen. Derselben muss eine gründliche Reinigung und Desinfection des Schullokals vorangehen. 15. Die vorstehenden Vorschriften Ziffer 1 bis 14 finden auch auf private Unterrichts- und Erziehungsanstalten, einschliesslich der Fortbildungsschulen, Handarbeitsschulen, Kinderbewahranstalten, Spiel- und Warteschulen, Kindergärten u. s. w. Anwendung.“

e) Vorschriften für lungenkranke Lehrer und Schulkinder (Verhütung der Lungentuberculose). Preuss. Ministerial-Erlass vom 10. December 1890:

„Für die Schulen ist die Erkrankung der Lehrer von grösserer Bedeutung als die der Schüler, wenigstens soweit es sich um jüngere Kinder handelt. Lymphdrüsen der Brust und das Gehirn erkranken bei Kindern häufiger als die Lunge an Tuberculose, zudem sind Kinder im Aushusten nicht geübt und verschlucken den Auswurf. In den oberen, namentlich Knabenklassen, wird die Bedeutung des Spucknapfes schon grösser sein. Ganz allgemein dürfte für Schulen anzuordnen sein: 1. dass Lehrer wie Schüler zur Entleerung ihres Auswurfs im Schulgebäude sich nur der in geeig-

neter Beschaffenheit und genügender Zahl aufzustellenden, etwas Wasser enthaltenden Spucknäpfe bedienen dürfen oder eines Dettweiler'schen Fläschchens (wie dieselben bei Instrumentenmachern und Bandagisten zu haben sind): 2. dass in den Schulräumen Staub möglichst beseitigt, aber nur durch nasses Aufwaschen entfernt werden darf; 3. dass öfter hustende Schüler in Bezug auf No. 1 vom Lehrer besonders zu beachten sind; 4. dass brustkranken Schülern das Wegbleiben von der Schule zum Zwecke längerer Curen mit besonderer Bereitwilligkeit erleichtert und gestattet werde."

## H. Fürsorge für Neugeborene, Kost- und Haltekinder.

### 1. Bestimmungen betr. die Blennorrhoe der Neugeborenen.

Preuss. Hebammen-Lehrbuch vom Jahre 1892

§ 218: „Ansteckender Schleimfluss ist eine Absonderung der Schleimhaut der Geschlechtstheile und Harnwege, welche durch einen unreinen Beischlaf hervorgerufen wird. — Man findet dann den Scheideneingang und die Harnröhre geröthet und bemerkt einen milchigen Schleim in grösserer Menge hervorquellen. Die Schleimhaut der Scheide fühlt sich dabei oft körnig an. Solcher Schleim ist ausserordentlich ansteckend, sobald er auf eine andere Schleimhaut übertragen wird. Die Hebamme muss sich daher aufs äusserste in Acht nehmen, dass sie nicht, nachdem sie eine solche Kranke untersucht hat, den ansteckenden Schleim derselben auf die Geschlechtstheile einer Anderen überträgt. Aeusserste Reinlichkeit, sehr oft wiederholtes Waschen, längeres Auskochen der gebrauchten Instrumente wird erforderlich. — Besonders gefährlich ist es, wenn von diesem Schleim etwas in die Augen geräth. Schwere Entzündungen, oft mit Verlust der Sehkraft, können die Folge sein.

So sind auch die Augen der Neugeborenen bei allen Schwangeren, die an ansteckendem Schleimfluss leiden, sehr gefährdet. Um einer Erkrankung derselben vorzubeugen, dringe die Hebamme auf Zuziehung eines Arztes schon während der Entbindung. Bis der Arzt zur Stelle ist, suche die Hebamme die Scheide der Kreissenden von dem ansteckenden Schleim durch Ausspülen und Abtupfen möglichst gründlich zu reinigen und vor Allem wasche sie dem Kinde sofort nach Hervortritt des Kopfes, bevor es noch die Augen geöffnet hat, die Augenlider mit reinem Wasser gründlich von dem anhaftenden Schleim der mütterlichen Geburtswege. Sofort nach dieser Reinigung träufle sie dem Kinde aus ihrem Augentropfglas einen Tropfen zweiprocentiger Höllensteinlösung in jedes Auge. Was dabei von der Flüssigkeit etwa aus der Lidspalte herausfliesst, ist sogleich sorgfältig abzutupfen."

§ 324: „Die Augenentzündung der Neugeborenen ist eine gefährliche Krankheit, welche oft in wenigen Tagen zu unheilbarer Erblindung führt. Sehr viele Kinder haben in früheren Zeiten ihr Augenlicht durch dieselbe verloren. — Die Krankheit beginnt in den ersten Tagen nach der Geburt mit Anschwellung und Röthung der Augenlider. — Bald quillt dann aus der Lidspalte dünnbräunliche Flüssigkeit hervor und in den folgenden Tagen, wenn man die geschwollenen Lider von einander zieht, dicker, eiteriger Schleim. Von diesem Schleim wird auch der Augapfel leicht angegriffen und die klare Hornhaut desselben getrübt. — Diese Augenentzündung kommt dann zu Stande, wenn dem Kinde bei der Geburt bösartiger Schleimfluss aus der Scheide der Mutter in die Lidspalte gedrungen ist. — Die Hebamme wird hierdurch einsehen, wie ausserordentlich wichtig es ist, dass sie dem Kinde, sobald der Kopf geboren ist, diesen verderblichen Schleim sofort mit reinem Wasser von den Augen abwäscht. Von der Sorgfalt, welche sie dabei anwendet, wird oft die Gesundheit der Augen des Kindes abhängig sein. Im Uebrigen

richte sie sich nach den im § 218 gegebenen Vorschriften. — Ist trotz der beobachteten Vorsicht die Krankheit beim Kinde ausgebrochen, so ist sofort ein Arzt hinzuzuziehen. Bis zu seiner Ankunft sorge die Hebamme durch fleissiges Auswaschen der Augen für Entfernung des angesammelten eitrigen Schleims und lege mit kleinen Leinwandpolstern kalte Aufschläge auf die Augen. Sie nehme sich dabei auch sehr in Acht, dass sie nichts von dem ansteckenden Schleim auf ihr eigenes oder andere Augen übertrage."

Dieselbe Erkrankung ist Gegenstand des preussischen Ministerial-Erlasses vom 17. December 1896:

„Die in einer Universitätsklinik während des Jahres 1893 in auffallender Häufigkeit zur Behandlung gekommenen Fälle von Blennorrhoe der Neugeborenen hatten mir Anlass gegeben, eine Ermittelung über die in den preussischen Universitäts-Augenheil- und Entbindungsanstalten während der Jahre 1890 bis 1894 beobachteten Erkrankungen der Neugeborenen an eitriger Augenentzündung anzustellen, um ermessen zu können, ob diese Krankheit etwa eine Verminderung seit Herausgabe des gegenwärtig giltigen Hebammen-Lehrbuches von 1892 erfahren hat. Die wissenschaftliche Deputation für das Medicinalwesen, welcher das Berichtsmaterial vorgelegen hat, spricht sich hierüber wie folgt aus:

„Nach den Erhebungen ist zwar bisher eine wesentliche Herabminderung der Zahl der blennorrhoisch erkrankten Neugeborenen in den betreffenden Anstalten noch nicht bemerkenswerth geworden, jedoch ist andererseits keine Thatsache ermittelt, durch welche die Nützlichkeit der prophylaktischen Behandlung der Neugeborenen nach der Credé'schen Methode ernstlich in Frage gestellt würde. Wenn der Erfolg der durch das Hebammenlehrbuch (§§ 218 und 324) vorgeschriebenen prophylaktischen Behandlung der Neugeborenen bisher noch nicht ziffermässig zu Tage getreten ist, so ist, abgesehen von der Kürze der Zeit, nicht sowohl die Unzulänglichkeit der Bestimmungen, als vielmehr der Umstand zu beschuldigen, dass die Vorschriften des Hebammenlehrbuchs wahrscheinlich noch immer nicht von allen Hebammen mit der gebotenen Gewissenhaftigkeit befolgt werden. Es wird sich als nützlich erweisen, die genaueste Beachtung der bezüglichen Bestimmungen den Hebammen allgemein aufs Neue einschärfen zu lassen."

Da ich mit dieser gutachtlichen Auffassung im Wesentlichen übereinstimme, so ersuche ich Ew. Excellenz ganz ergebenst, das Erforderliche zur Erreichung dieses Zweckes zu veranlassen und hierbei insbesondere Folgendes zu beachten: „Die Kreisärzte werden durch die Regierungspräsidenten anzuweisen sein, dass sie bei den Hebammen-Nachprüfungen, die Prophylaxe der eitrigen Augenentzündung der Neugeborenen an der Hand der Vorschriften des Hebammenlehrbuchs zum Gegenstand der Besprechung machen und sich dabei von der Geschicklichkeit der Hebammen in der Anwendung des Credé'schen Verfahrens thunlichst überzeugen; das Gleiche gilt hinsichtlich der Regierungs- und Medicinalräthe bei den von ihnen abzuhaltenden Prüfungen der Hebammen-Candidatinnen. Das Befähigungszeugniss als Hebamme wird nur denjenigen zu ertheilen sein, die bei der Prüfung eine ausreichende Kenntniss von der eitrigen Augenentzündung der Neugeborenen und dem Werthe eines sachgemässen prophylaktischen Verfahrens, sowie die erforderliche Uebung in der Handhabung der Credé'schen Methode besitzen. Dementsprechend würden auch die Directoren der Hebammenlehranstalten darauf hinzuweisen sein, dass sie diesem Gegenstand des Unterrichts eine besondere Beachtung zu Theil werden lassen."

## 2. Bestimmungen über die Schälblasen der Neugeborenen.

Gegen die Schälblasen der Neugeborenen (pemphigus neonatorum) hat der Verwaltungsphysikus von Hamburg am 27. Juni 1896 folgendes Rundschreiben an sämmtliche Hebammen erlassen:

„Nachdem neuerdings in Hamburg Fälle von Schälblasen- oder Schälblattern-Erkrankung der Neugeborenen in grösserer Zahl mit mehreren Todesfällen aufgetreten sind, hat das Medicinalcollegium zwecks Anbahnung wirksamer Maassregeln gegen die Ausbreitung dieser Krankheit am 18. Juni d. Js. beschlossen, in dem § 2 der Anweisung für das Verhalten der Hebammen zur Verhütung des Wochenbettfiebers vom 25. Oktober 1894 hinter dem Worte „Rose" einzuschalten „Schälblasen oder Schälblattern der Neugeborenen (Pemphigus neonatorum)." Diesen Zusatz hat jede Hebamme in den ihr 1894 zugestellten Abdruck obiger Anweisung einzutragen. Neue vervollständigte Abdrücke werden auf Wunsch vom Medicinalbureau unentgeltlich verabfolgt. — Die Hebammen sind also künftig nach § 15 der genannten Anweisung vom 25. Oktober 1894 verpflichtet, bei Vorkommen eines Falles von Schälblasen in ihrer Praxis sich jeder Berufsthätigkeit so lange zu enthalten, bis sie Verhaltungsmaassregeln von dem zuständigen Kreisphysikus eingeholt haben. — Die Schälblasen oder Schälblattern sind runde oder unregelmässig geformte, sich schnell vergrössernde Bläschen von etwa Erbsen- bis Zehnpfennigstückgrösse und darüber. Sie entstehen gewöhnlich in den ersten Tagen nach der Geburt an den verschiedensten Körperstellen auf der Haut der Neugeborenen. Anfangs sind sie mit klarer Flüssigkeit prall gefüllt, später wird der Inhalt trübe, schliesslich eiterähnlich. Nach einiger Zeit platzen die Blasen, und an ihrer Stelle zeigt sich ein rother, nässender, von der Oberhaut entblösster Fleck. Fieber ist meistens nicht vorhanden; in der Regel tritt nach 1—3 Wochen bei zweckmässiger Behandlung Heilung ein. Nicht selten kommen jedoch auch Fälle mit Fieber und tödtlichem Ausgange vor. Verwechselungen mit dem syphilitischen Blasenausschlag der Neugeborenen, der meldepflichtig ist, sind leicht möglich. Es empfiehlt sich daher Befragung des zugezogenen Arztes. Die Schälblasen sind sehr ansteckend und werden besonders leicht durch Hebammen oder Wärterinnen von einem Neugeborenen auf das andere übertragen. Aeltere Kinder und Erwachsene sind weniger empfänglich. „In jedem Falle von Schälblasen hat die Hebamme auf Zuziehung eines Arztes zu dringen und sich jeder Berührung des erkrankten Neugeborenen zu enthalten. Die ausserdem noch erforderlichen Maassnahmen werden von dem zuständigen Physikus angeordnet."

Ausführlichere Vorschriften enthält der preussische Ministerial-Erlass vom 27. Februar 1900:

„Das wiederholte Vorkommen gehäufter Erkrankungen von Neugeborenen an Schälblasen (Pemphigus neonatorum) hat mir Anlass zu Erhebungen geboten. Aus den eingegangenen Berichten geht hervor, dass auch die nichtsyphilitische Schälblasenerkrankung der Neugeborenen ansteckend sein, durch Gebrauchsgegenstände, sowie auch von Person zu Person übertragen werden und nicht nur Kinder, sondern auch Erwachsene befallen kann. Den Hauptantheil an der Verbreitung haben die Hebammen und Wärterinnen. Der Verlauf der Krankheit war in vielen Fällen ein ernster und oftmals tödtlicher. Die Schälblasenerkrankung verdient hiernach eine andere Würdigung und Beurtheilung, als dieselbe bisher nach den Angaben des Hebammenlehrbuchs von 1892 S. 242 (§ 321 Absatz 6) erfahren hat. An Stelle der dortselbst gegebenen Darstellung wird daher folgende Belehrung zu geben sein:

„Neben dem Seite 153 (§ 219) erwähnten syphilitischen Blasenausschlage der neugeborenen Kinder kommt auch eine Form von sehr ansteckenden Schälblasen vor.

Sie entstehen gewöhnlich in den ersten Tagen nach der Geburt auf der Haut an den verschiedensten Körperstellen als runde oder unregelmässig geformte, manchmal sich schnell vergrössernde Bläschen von der Grösse eines Hirsekorns bis zu der eines Zehnpfennigstücks und darüber. Im Gegensatze zu dem syphilitischen Blasenausschlage bleiben vielfach die Fusssohlen und Handflächen frei. Wo die Bläschen dichter stehen, können sie zusammenfliessen, bis handtellergrosse Blasen bilden und den Kindern ein Aussehen geben, als ob sie verbrüht seien.

Anfangs sind die Bläschen in der Regel mit klarer Flüssigkeit gefüllt, später wird der Inhalt trübe, schliesslich eiterähnlich. Nach einiger Zeit platzen die Blasen und an ihrer Stelle zeigt sich ein rother nässender, von der Oberhaut entblösster Fleck. Neben den älteren können neue frische Bläschen bis in die dritte Woche entstehen. Fieber ist in den leichten Fällen nicht vorhanden; in der Regel tritt nach einer bis drei Wochen bei zweckmässiger Behandlung Heilung ein. Nicht selten kommen jedoch auch Fälle mit Fieber und tödtlichem Ausgange vor.

Die Schälblasen sind sehr ansteckend und können durch Gebrauchsgegenstände und Personen verbreitet werden; insbesondere werden dieselben aber leicht durch Hebammen oder Wärterinnen von einem Neugeborenen auf andere mit unreinen beziehungsweise mit durch Eiterstoffe beschmutzten Händen übertragen. Auch ältere Kinder und Erwachsene können von der Krankheit ergriffen werden.

Hat die Hebamme ein an Schälblasen leidendes Kind berührt, so hat sie ihre Hände aufs Sorgfältigste zu desinficiren und, bevor sie zu einer zweiten Wöchnerin oder einem zweiten Kinde geht, ihre Kleider zu wechseln.

Von jeder in ihrer Praxis vorkommenden Schälblasenerkrankung eines Kindes hat die Hebamme dem Kreisphysikus unter näherer Darlegung des Falles mündlich oder schriftlich Anzeige zu erstatten und den hiernach ergehenden Weisungen Folge zu leisten. Beim Auftreten von mehreren Fällen in ihrer Praxis hat sich die Hebamme der Ausübung ihres Berufs so lange zu enthalten, bis sie von dem Kreisphysikus Verhaltungsmaassregeln eingeholt hat.

Jeder Fall ist in das Tagebuch einzutragen. Auf die Zuziehung eines Arztes ist in allen mit Fieber verbundenen Fällen zu dringen."

Ew. pp. ersuche ich, für geeignete Bekanntgabe der vorstehenden Anweisung an die Hebammen Sorge zu tragen und die Kreisärzte des dortigen Bezirks anzuweisen, dass sie nach Maassgabe dieser Anweisung die Schälblasen bei den Nachprüfungen der Hebammen zum Gegenstande der Besprechung machen und auf die Nachachtung der Anzeigepflicht achten. Von der Auflage einer zeitweisen Enthaltung der Hebammen von ihrer Berufsthätigkeit ist entsprechend dem in der Verfügung vom 1. April vorigen Jahres — M. 5340 — gegebenen Anhaltspunkte nur in dringlichen Fällen da Anwendung zu machen, wo von den anderweiten Maassnahmen behufs Verhütung der Ansteckung, wie Desinfection des Körpers und der Instrumente, Desinfection und Wechsel der Kleider, ein ausreichender Erfolg nicht zu erwarten sein sollte."

### 3. Bestimmungen über die eitrige Mittelohrentzündung bei Neugeborenen.

Preussischer Ministerial-Erlass vom 30. November 1894:

„Wie durch neuere Beobachtungen festgestellt worden ist, tritt bei Neugeborenen nicht selten die eitrige Mittelohrentzündung auf und hat ohne zweckmässige ärztliche Behandlung in vielen Fällen den Verlust des Gehörs und selbst Taubstummheit zur Folge. Unter Bezugnahme auf den von dem Regierungs- und Medicinalrath Dr. Wehmer zu Coblenz über diesen Gegenstand gehaltenen Vortrag, abgedruckt

in No. 16 der Allgemeinen deutschen Hebammen-Zeitung vom 15. August d. Js., ersuche ich Ew. Excellenz ganz ergebenst, gefälligst dahin zu wirken, dass die Hebammenschülerinnen bei dem Unterricht in den Lehranstalten auf die Anzeichen der Ohren-Entzündung bei Neugeborenen und darauf hingewiesen werden, dass in Krankheitsfällen derart gemäss § 318 des im Jahre 1892 herausgegebenen Hebammenlehrbuchs ohne Säumen ein Arzt hinzuzuziehen ist. — Die bereits im Beruf stehenden Hebammen werden in geeigneter Weise auf diese Krankheit aufmerksam zu machen und von den Kreisärzten gelegentlich der Nachprüfungen entsprechend zu belehren sein“.

## 4. Kost- und Haltekinderwesen.

Preussischer Ministerial-Erlass vom 25. August 1880:

„Die Circularverfügung, welche von unseren Herren Amtsvorgängern am 18. Juli 1874 über das gewerbsmässige Halten von Kostkindern erlassen worden ist, hat sich nach damaliger Lage der Gesetzgebung darauf beschränken müssen, die polizeiliche Anmeldung solcher Kinder vorzuschreiben und eine thunlichst sorgfältige Controle der Kostgeber einzuführen. Nachdem in Artikel I des Reichsgesetzes vom 23. Juli 1879 ausgesprochen worden ist, dass die Erziehung von Kindern gegen Entgelt nicht unter die Vorschriften der Gewerbe-Ordnung fällt, ist das Hinderniss hinweggeräumt, welches damals einem kräftigeren Einschreiten der Verwaltungsbehörden entgegenstand. Wo ein Bedürfniss besteht, die Angelegenheit behördlich zu regeln, wird dies am zweckmässigsten durch den Erlass von Polizei-Verordnungen geschehen, wobei sich die Beachtung folgender Gesichtspunkte empfiehlt: 1. Personen, welche gegen Entgelt fremde, noch nicht 6 Jahre alte Kinder in Kost und Pflege nehmen wollen, bedürfen dazu der Erlaubniss der Polizeibehörde. 2. Die Erlaubniss wird nur auf Widerruf, und nur solchen Personen weiblichen Geschlechts ertheilt, welche nach ihren persönlichen Verhältnissen und nach der Beschaffenheit ihrer Wohnungen geeignet erscheinen, eine solche Pflege zu übernehmen. 3. Die Erlaubniss muss vor einem etwaigen Wohnungswechsel aufs Neue nachgesucht werden. 4. Im Falle einer üblen Behandlung der Kinder oder einer denselben nachtheiligen Veränderung der häuslichen Verhältnisse der Kostgeberin wird die Erlaubniss zurückgenommen. 5. Den Beamten der Polizeibehörde oder den von der letzteren beauftragten Personen ist von der Kostgeberin der Zutritt zu ihren Wohnungen zu gestatten, auf alle die Pflegekinder betreffende Fragen Auskunft zu ertheilen; auch sind die Kinder auf Erfordern vorzuzeigen. 6. Die einzelnen in Pflege zu nehmenden Kinder sind bei der Polizeibehörde anzumelden und, sobald das Verhältniss aufhört, wieder abzumelden. 7. Bei den Meldungen sind der Name des Kindes, Ort und Tag seiner Geburt, Name und Wohnung seiner Eltern, bei ehelichen Kindern Name und Wohnung seiner Eltern, bei unehelichen Kindern Name und Wohnung der Mutter und des Vormundes anzuzeigen. 8. Die Uebertretung der gegebenen Vorschriften ist mit 30 Mark Geldstrafe oder verhältnissmässiger Haft zu bedrohen.

Ew. Excellenz Erwägung geben wir dabei anheim, ob von der Anwendung der Polizeiverordnung diejenigen Kinder auszunehmen sind, für welche die Fürsorge der öffentlichen Armenpflege, sowie sonstiger öffentlicher Wohlthätigkeitsanstalten eintritt — ferner diejenigen Personen, welche im erweislichen Auftrage eines staatlich genehmigten Wohlthätigkeitsvereins oder ohne Verfolgung von Erwerbszwecken im Auftrage eines „Angehörigen“ (cfr. Reichsstrafgesetzbuch) oder eines Vormundes des Kindes die Fürsorge für dasselbe übernommen haben.

Ew. Ercellenz ersuchen wir ergebenst, für Ihren Verwaltungsbezirk auf den Erlass einer Polizei-Verordnung, welche die vorstehend bezeichneten Gesichtspunkte zum Ausdruck bringt, gefälligst hinzuwirken und davon, wie dies geschehen, uns Anzeige zu machen".

Hierzu ist noch beachtenswerth der Preussische Ministerial-Erlass vom 20. März 1896:

„Aus den auf die Rundverfügung vom 26. Juni v. Js. erstatteten Berichten haben wir ersehen, dass die polizeiliche Ueberwachung der sogenannten Ziehkinder in fast allen Landestheilen durch Polizeiverordnungen geregelt ist, die als Altersgrenze für die Ueberwachung den Abschluss des sechsten Lebensjahres festsetzen. Nach wiederholter Erwägung vermögen wir in Uebereinstimmung mit der in der Mehrzahl der Berichte vertretenen Auffassung, ein Bedürfniss, die Altersgrenze weiter hinauszusetzen, nicht anzuerkennen und bestimmen deshalb hiermit, dass es bei jenen Vorschriften zu bewenden hat. Mit der Vollendung des sechsten Lebensjahres pflegt der Schulbesuch zu beginnen und von diesem Zeitpunkt ab werden an Stelle der Polizei die Lehrer die Ueberwachung der Ziehkinder auszuüben haben. Ist das Kind körperlich oder geistig verwahrlost, so kann das den Lehrern bei einiger Aufmerksamkeit nicht verborgen bleiben und diese sind alsdann verpflichtet, sich die Abstellung des Uebelstandes angelegen sein zu lassen. Sollten sie hierzu nicht selbst im Stande sein oder sollte ihre persönliche Einwirkung auf die Pflegeeltern zu keinem Erfolge führen, so haben sie die Vernachlässigung dem Vormunde, dem Waisenrathe oder der Polizeibehörde anzuzeigen, damit von dort aus Abhülfe geschafft werde. Uebrigens werden in der Regel Vormünder und Waisenräthe schon aus eigenem Antriebe den schulpflichtigen Ziehkindern erhöhte Aufmerksamkeit zuwenden und sie vorVernachlässigung wirksam zu schützen suchen.

Dagegen werden diejenigen Kinder einer weiteren unmittelbaren Fürsorge von Seiten der Polizei bedürfen, welche noch nach vollendetem sechstem Lebensjahre wegen körperlicher oder geistiger Mängel vom Schulbesuche befreit sind und mithin, falls die polizeiliche Ueberwachung mit diesem Zeitpunkte aufhören sollte, dann einer behördlichen Aufsicht überhaupt entbehren werden.

Ew. etc. ersuchen wir daher ergebenst, die Polizeiverwaltungen Ihres Bezirks gefälligst anzuweisen, diesen Kindern ihre Aufmerksamkeit solange zuzuwenden, bis durch die Aufnahme in der Schule oder durch anderweite Umstände die polizeiliche Ueberwachung entbehrlich wird".

In Bayern findet dieselbe Frage ihre gesetzliche Regelung in dem Polizei-Strafgesetz vom Jahre 1861, in Sachsen in der Desdener Verordnung von 1865 und im Chemnitzer Schutzstatut vom Jahre 1875, in Hessen durch das Kinderschutzgesetz von 1878, in Gotha durch die Verordnung über das Ziehkinderwesen von 1874 u. s. w.

## J. Fürsorge für Frauen.

### Fürsorge für erkrankte Wöchnerinnen.

Die Bestimmungen zur Bekämpfung des Wochenbettfiebers sind landesgesetzliche und daher in den einzelnen Bundesstaaten der Form nach verschiedene, der Sache nach stimmen sie jedoch meist überein. Als Beispiel sollen im Nachstehenden die preussischen Vorschriften dem Wortlaut nach angefügt werden, während eine Uebersicht über die Verordnungen anderer Bundesstaaten das Capitel beschliesst:

a) Preussischer Erlass vom 22. November 1888.

„Nachdem reichliche, vielseitige und zuverlässige Erfahrung die von der

Wissenschaft längst gewonnene Lehre, dass das Kindbettfieber fast in allen Fällen mit grosser Sicherheit und verhältnissmässig geringen Mitteln verhütet werden kann, bestätigt hat, erlasse ich hiermit eine Anweisung zu denjenigen Maassnahmen, mit welchen fortan die Hebammen bei Ausübung ihres Berufs gehalten sein sollen, die verderbliche Krankheit von den ihrer Sorge anvertrauten Frauen abzuwenden. Indem ich Ew. Hochwohlgeboren ergebenst beigeschlossen ein Exemplar der Anweisung (Anlage) mit dem Ersuchen zugehen lasse, gefälligst die erforderlichen Veranlassungen zur Durchführung der ertheilten Vorschriften zu treffen, will ich noch besonders den hohen Werth und Ernst der Aufgabe hervorheben.

Die Entstehung des Kindbettfiebers ist nicht, wie diejenigen der meisten anderen ansteckenden Krankheiten, an eine besondere Ursache gebunden, welche nur unter gewissen Umständen an einem Ort zur Einwirkung gelangt, sondern beruht auf dem Eindringen stets und überall verbreiteter Krankheitskeime in den mütterlichen Organismus, für deren Entwickelung Mangel an Reinlichkeit die hauptsächlichste Bedingung ist, es rafft daher seine Opfer Jahr aus Jahr ein in den verschiedensten Gegenden dahin. Alljährlich bringt es, wie aus statistischen Erhebungen zu erschliessen ist, im Preussischen Staate Tausenden den Tod, anderen Tausenden Siechthum und Elend für immer oder doch für lange Zeit. Bei dem Verlust handelt es sich um ein Haupt der Familie, in welchem dieselbe, Mann und Kind und zumal das Neugeborene, der Gattin, der Mutter, der Ernährerin und Erhalterin beraubt wird. Es wird durch die Krankheit so häufig, wie kaum von einer andern, das Glück der ganzen betroffenen Familie zerstört. Tritt ferner irgend ein Fall der Krankheit ein, so kann dieselbe gerade durch diejenige Person, welche berufen ist, in den Zeiten der Gefahr Beistand zu leisten, und welche das Vertrauen der Hilfsbedürftigen besitzen soll, nämlich die Hebamme, am weitesten weiter verbreitet werden. Wird diesem Unglück rechtzeitig dadurch vorgebeugt, dass der Hebamme die weitere Ausübung des Berufs zeitweilig untersagt wird, so können dadurch für solche Zeit doch sowohl anderweitige Nothstände für die Bevölkerung entstehen, indem dieser, namentlich in dünn bewohnten Landstrichen, der Hebammenbeistand erschwert oder selbst entzogen wird, wie auch missliche Verhältnisse für die Hebamme, welche dabei ihres Erwerbes verlustig geht, erwachsen. Diesen unheilvollen Zuständen ein Ende zu machen, muss somit für alle betheiligten Personen von der grössten Wichtigkeit sein und als eine der gebieterischsten Aufgaben der Verwaltung des Gesundheitswesens empfunden werden. Die Arbeit an ihr wird sich um so erfolgreicher und dankbarer erweisen, mit je grösserer Peinlichkeit die gegebene Anweisung befolgt werden wird.

So wenig Macht vorhanden ist, die einmal zur Entwickelung gelangte Krankheit zu einem glücklichen Ausgange zu führen, so gewiss ist die Aussicht, durch das vorgeschriebene einfache Verfahren die Entstehung derselben zu verhüten, indem ihre Keime aus Allem, was nur irgend wie von Aussen her mit den Geburtsorganen in Berührung kommen kann, durch sorgfältigste Reinigung soviel als möglich beseitigt und im Uebrigen mittelst der desinficirenden Karbolsäure unschädlich gemacht werden. Dass letzteres thatsächlich erreicht wird, ist durch die Erfolge an den Gebäranstalten der preussischen wie anderer Universitäten unwiderlegbar bewiesen, in welchen trotz mancher besonders widriger und schwieriger Umstände die Krankheit, früher der Schrecken dieser Institute, das Verderben ihrer Wöchnerinnen, Dank der sorglichen Ausbildung und Durchführung der Verhütungsmaassregeln nur noch höchstens vereinzelt — an manchen in Jahren in keinem einzigen Fall — entsteht. Wenn auch den Hebammen in der privaten Ausübung ihres Berufs nicht sämmtliche in den Anstalten benutzte Mittel in gleicher Vollkommenheit zu Gebote stehen, so

wird es ihnen doch überall möglich sein, die hauptsächlichsten derselben, welche auch für sich allein als in der Regel ausreichend zu erachten und welche in der Anweisung vorgeschrieben sind, zur Anwendung zu bringen. Da ausser dem Kindbettfieber bei Gelegenheit der Geburt und des Wochenbettes noch andere Krankheiten durch die Hebammen übertragen werden können und unter solchen Umständen leicht einen schweren Verlauf nehmen, aber auch mit denselben Mitteln wie jenes vermieden werden können, so ist die Anweisung auch auf die Maassregeln zur Verhütung dieser Krankheiten ausgedehnt worden.

Um die durchgängige Beachtung der Vorschriften möglichst zu sichern, wollen Ew. Hochwohlgeboren gefälligst Sorge dafür tragen, dass die Anweisung nebst einer Belehrung über die vorstehend angedeuteten Gesichtspunkte, welche bei dem Erlasse verfolgt werden, sowohl in dem Amtsblatt, als in den amtlichen Publicationsblättern der Kreise zur Veröffentlichung gelangt, auch jeder Bezirks- wie frei prakticirenden Hebamme in einem Druckexemplar gegen Empfangsbescheinigung zur strengen Nachachtung und zur Aufbewahrung bei ihrem Lehrbuch eingehändigt wird. Dabei sind die Hebammen ausdrücklich darauf aufmerksam zu machen, dass durch diese Anweisungen die Vorschriften der geltenden Ausgabe des preussischen Hebammenlehrbuchs und der in demselben enthaltenen Instruction im Sinne der Bestimmung des § 5 zu Ziffer 2 der allgemeinen Verfügung, betr. das Hebammenwesen vom 6. August 1883, abgeändert und ergänzt werden. Ferner bestimme ich, dass bei den ordentlichen Nachprüfungen der Hebammen jedesmal der Inhalt der Anweisung zu einem Gegenstande der Prüfung und, falls dieselbe nicht ein befriedigendes Ergebniss liefern sollte, auch eingehender Belehrung durch den Kreisarzt, und dass hierüber in der aufzunehmenden Registratur ein besonderer Vermerk gemacht werden soll. Auch empfiehlt es sich, den Verbrauch von Desinfectionsmitteln seitens der einzelnen Hebammen, soweit als thunlich, einer Controle zu unterziehen.

Ich darf die zuverlässige Erwartung aussprechen, dass Ew. Hochwohlgeboren, durchdrungen von der Wichtigkeit der Sache, auf die vollkommenste Beachtung der hiermit getroffenen Bestimmungen mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln halten werden, und sehe über die Art der Durchführung und die Erfolge derselben einem gefälligen, durch Vermittelung des Herrn Oberpräsidenten einzureichenden Berichte entgegen.

Anlage.

Anweisung für die Hebammen zur Verhütung des Kindbettfiebers.

Zum Zwecke der Verhütung des Kindbettfiebers sowie anderer ansteckender Krankheiten im Wochenbette, treffe ich in Ergänzung und theilweiser Abänderung der Vorschriften des Lehrbuchs der Geburtshülfe und der Instruction für die preussischen Hebammen die nachstehenden Bestimmungen.

§ 1. Die Hebamme befleissige sich zu jeder Zeit und in allen Stücken der grössten Reinlichkeit. Insbesondere beobachte sie dieselbe streng in jedem Gebär- oder Wochenbettzimmer und namentlich an ihren Händen, Armen und Oberkleidern. An Stelle der hierauf bezüglichen Vorschriften des Hebammen-Lehrbuchs in den beiden letzten Sätzen des § 62 und im § 97 treten diejenigen der §§ 2, 3, 6, 11—16 dieser Anweisung. § 2. Bei Ausübung ihres Berufs trage die Hebamme nur solche Kleider, deren Aermel so eingerichtet sind, dass die Arme bis zur Mitte der Oberarme hinauf unbedeckt gehalten werden können. Das Oberkleid soll vorn, einschliesslich des Brusttheils von einer weiten Schürze aus hellem, waschbarem Stoff völlig und andauernd bedeckt sein. Die Schürze, welche die Hebammen vor der ersten Untersuchung einer Kreissenden oder vor einer innern Untersuchung einer Wöchnerin anlegt, darf

nach der letzten Wäsche noch nicht benutzt und soll bis zu ihrem Gebrauch von den übrigen Kleidungsstücken der Hebamme abgesondert aufbewahrt worden sein. § 3. Bevor sich die Hebamme zu einer Entbindung oder zu einer Wöchnerin begiebt, sorge sie dafür, dass ihre Fingernägel kurz und rund geschnitten sind und glatte Ränder haben; jedesmal entferne sie den Schmutz unter den Nägeln und aus dem Nagelfalz sowie aus etwaigen Hautschrunden an den Händen, und wasche sie gründlich die Hände und Vorderarme, bei welchen Verrichtungen sie eine geeignete Hand- und Nagelbürste und Seife anzuwenden hat. § 4. Bei Ausführung ihres Berufs führe die Hebamme stets ausser den im § 96 Absatz 1 des Hebammen-Lehrbuchs und § 11 der Instruction vorgeschriebenen Geräthschaften noch die folgenden mit sich: a) eine reine, waschbare, nach dem letzten Waschen noch nicht gebrauchte hellfarbige Schürze, mit welcher die ganze vordere Hälfte des Kleides bedeckt werden kann, b) Seife zum Reinigen der Hände und Arme, c) eine geeignete, rein gehaltene Hand- und Nagelbürste zu demselben Zweck, d) ein reines, nach dem letzten Waschen noch nicht gebrauchtes Handtuch; e) 90 g verflüssigter reiner Carbolsäure (Acidum carbolicum purum liquefactum der Pharmacopoe) in einer Flasche, welche die deutliche und haltbare Bezeichnung „Vorsicht! Carbolsäure! Nur gehörig verdünnt und nur äusserlich zu gebrauchen!“ stets haben und stets dicht verschlossen gehalten werden muss, nebst einem geeigneten Gefäss zum Abmessen von je 15 und 30 g der genannten Säure. Ausserdem muss sie den in No. 4 des § 96 bezeichneten Thermometer nicht nur „wo möglich“ sondern gleichfalls stets mit sich führen. Die mitzuführende Spülkanne (Irrigator) soll ein Liter halten, eine geeignete Marke zur Abmessung von $1/_2$ Liter haben und mit einem passenden Kautschukschlauch von 1 bis $1^1/_2$ m Länge versehen sein. Am zweckmässigsten ist der Boden der Spülkanne glatt und besteht dieselbe, sowie die zugehörigen Ansatzröhren aus Glas; jedoch sind auch Spülkannen aus Weissblech brauchbar. § 5. Die Hebamme ist für die Reinlichkeit ihrer Geräthschaften stets verantwortlich, desgleichen für die sichere Aufbewahrung der Carbolsäure, welche derart stattfinden muss, dass die Säure keiner andern Person zugängig ist. An Stelle der in § 96 Absatz 2 des Hebammenlehrbuches enthaltenen Vorschriften über die Reinhaltung der Geräthschaften treten die Bestimmungen in § 8 Absatz 2, §§ 12 und 13 dieser Anweisung. § 6. Die innere Untersuchung einer Schwangeren, Kreissenden oder Wöchnerin darf von der Hebamme niemals anders als mit völlig entblössten und gereinigten Händen und Vorderarmen ausgeführt werden. Bevor die Hebamme eine solche Untersuchung oder eine Verrichtung vornimmt, bei welcher sie mit den Geschlechtstheilen der zu Untersuchenden oder mit einer Wunde in der Nähe dieser Theile in Berührung kommt, sorge sie dafür, dass ihre Aermel nur die obere Hälfte ihrer Oberarme bedecken und nicht tiefer sinken können. Sodann wasche sie gründlich unter Anwendung der Hand- und Nagelbürste und von Seife ihre Arme und Hände mit lauem Wasser, welches, wenn möglich, durchgekocht sein soll, und trockne sie dieselben mittelst eines reinen Tuches ab. In der gleichen Weise verfahre sie darauf bei der zu Untersuchenden mit den äusseren Geschlechtstheilen und den Nachbartheilen der letzteren, wobei zum Abtrockenen auch reine Wundwatte oder Jute, dagegen niemals ein Schwamm angewendet werden darf. Ausserdem halte die Hebamme, wo es sich um eine Entbindung handelt und wo nur irgend die Verhältnisse es gestatten, darauf, dass die Kreissende mit reiner, vorher erwärmter Leibwäsche, sowie mit ebensolchen Bettbezügen und Unterlagen für das Geburtslager und ferner für das Wochenbett versehen wird. (Hierdurch wird die Vorschrift in § 105 Absatz 1 des Hebammenlehrbuchs vervollständigt.) Nach diesen Vorbereitungen desinficire die Hebamme ihre Hände und Vorderarme durch gründliches

Waschen in Carbolverdünnung (§ 7). Nunmehr erst, aber nun auch alsbald, führe sie die Untersuchung der Schwangeren, Kreissenden oder Wöchnerin aus. § 7. Wo in der gegenwärtigen Anweisung von Carbolverdünnung die Rede ist, wird darunter stets diejenige Flüssigkeit verstanden, welche sich die Hebamme in folgender Weise hergestellt hat: Sie mische sorgfältig zu je 1 Liter Wasser 30 g der verflüssigten reinen Carbolsäure (§ 4) und zwar derart, dass sich die Säure, welche etwas schwerer als Wasser ist, nicht auf den Boden des Mischgefässes absetzt, sondern gleichmässig in dem Wasser vertheilt wird. Am zweckmässigsten geschieht die Mischung in einer verschlossenen Flasche unter tüchtigem Umschütteln und mehrmaligem Umstürzen derselben. In einer Schüssel darf die Carbolsäure dem Wasser nur allmälig und unter beständigem Umrühren zugesetzt werden. Dagegen darf das Zusetzen der Carbolsäure zum Wasser niemals in der Spülkanne erfolgen, weil die Säure sonst, ohne die nöthige Verdünnung erfahren zu haben, zum Abfluss gelangen und in diesem Zustande den bespülten Körpertheil schwer beschädigen kann. § 8. Vor der ersten Untersuchung einer Kreissenden bereite die Hebamme 2 Liter Carbolverdünnung. — Davon bringe sie in die Spülkanne, in welche sie vorher die zu der letzteren gehörigen Ansatzröhren, den Katheter und die Nabelschnurscheere gelegt hat, nach Verschluss des Schlauches soviel, dass die bezeichneten Geräthschaften von der Flüssigkeit völlig überdeckt sind. Wird eine derselben benutzt, so wird sie nach dem Gebrauch sorgfältig mit Seife gewaschen, abgetrocknet und wieder in die Spülkanne zurückgelegt und in derselben bis zur Beendigung des Geschäftes aufbewahrt. Wird die Spülkanne zu Einspritzungen oder Bespülungen gebraucht, so sind die Geräthschaften sammt der Carbolverdünnung in einem anderen Gefäss unterzubringen. Den Rest, etwa $1^1/_2$ Liter der Verdünnung bringe die Hebamme zu gleichen Theilen in zwei Schüsseln. Die eine derselben dient zur erstmaligen Desinfection der Hände und Arme der Hebamme (§ 6 Absatz 4), die andere zur Reinigung derselben vor und nach jeder weiteren Untersuchung der Kreissenden oder Entbundenen, sowie jeder sonstigen Verrichtung der Hebamme, bei welcher letztere mit den Geschlechtstheilen oder einer Wunde in der Nähe derselben in Berührung kommt. § 9. Nach der Geburt spüle die Hebamme vor dem Herrichten des Wochenlagers die äusseren Geschlechtstheile der Entbundenen mit reinem, lauem, vorher durchgekochtem Wasser ab und trockne dieselben mittelst eines reinen Tuches oder reiner Wundwatte oder Jute. — Wasser von derselben Beschaffenheit ist bei der Reinigung der Geschlechtstheile zu verwenden, welche in den §§ 121 Absatz 2, 130 Absatz 1, 135, 341, 354 und 406 des Hebammenlehrbuchs angeordnet wird. § 10. Ausspülungen der Scheide oder Einspritzungen in die Gebärmutter darf die Hebamme ohne ärztliche Anordnung nur in den durch das Lehrbuch bestimmten Fällen vornehmen. Dabei hat sie überall, anstatt Wasser, die Carbolverdünnung anzuwenden. — Letztere Vorschrift bezieht sich insbesondere auf die in den §§ 167, 168, 179, 183 Absatz 2, 256 Absatz 3, 312 Absatz 2, 340 Absatz 1, 342 und 450 des Hebammenlehrbuches angeordneten Ausspülungen der Scheide und Einspritzungen in die Gebärmutter. § 11. Die Hebamme vermeide jede unnöthige Berührung der Geschlechtstheile einer Wöchnerin oder eines mit Wochenfluss verunreinigten oder irgend eines übelriechenden, fauligen oder eitrigen Körpertheils oder sonstigen Gegenstandes von solcher Beschaffenheit (Geschwür, ausgestossene todte Frucht, Wochenbettunterlage etc.) und enthalte sich soviel als nur möglich jeden Verkehrs mit Personen, welche an einer ansteckenden oder als solche verdächtigen Krankheit, namentlich Kindbett-, Faul- oder Eiterfieber, Gebärmutter- oder Unterleibsentzündung, Rose, Diphtherie, Scharlach, Pocken, Syphilis, Schanker, Tripper, Unterleibs- oder Fleckentyphus, Cholera oder Ruhr leiden.

§ 12. Hat die Hebamme mit ihren Händen oder Geräthschaften die Geschlechtstheile einer Wöchnerin oder einen mit Wochenfluss verunreinigten Gegenstand berührt, so soll sie jedesmal sofort sich selbst in derselben Weise, wie sie es vor der ersten Untersuchung einer Kreissenden zu thun hat (§ 6) und zwar unter Anwendung der Hand- und Nagelbürste, die Geräthschaften aber eine Stunde hindurch, wie bei der Geburt (§ 8) reinigen und desinficiren. § 13. Ist der Wochenfluss übelriechend, faulig oder eiterig, oder hat die Berührung mit einem Gegenstande dieser Beschaffenheit stattgehabt, oder leidet die Person, welche die Hebamme mit ihren Händen oder Geräthschaften berührt hat, an einer der in § 11 bezeichneten Krankheiten, so soll die Hebamme die Reinigung, wie in § 12 vorgeschrieben ist, ausführen und ihre Hände und Arme schliesslich mindestens 5 Minuten lang mit der Carbolverdünnung sorgfältig waschen, die benutzten Geräthschaften aber vor dem Einlegen in die Carbolverdünnung eine Stunde lang auskochen. § 14. Hat sich die Hebamme in der Wohnung einer Person befunden, welche an einer der nachgenannten Krankheiten oder an einer als solche verdächtigen Krankheit leidet, nämlich an Kindbett-, Faul- oder Eiterfieber, Gebärmutter- oder Unterleibsentzündung, Rose, Diphtherie, Scharlach, Pocken, Fleckentyphus oder Ruhr, so darf sie eine Schwangere, Kreissende oder Wöchnerin nicht untersuchen oder auch nur besuchen, bevor sie nicht die Kleider gewechselt und sich, wie in § 13 vorgeschrieben ist, gereinigt und desinficirt hat. § 15. Befindet sich eine der in § 14 bezeichneten kranken oder verdächtigen Personen in der Wohnung der Hebamme oder ist in der Praxis der Hebamme eine Wöchnerin an Kindbettfieber, Gebärmutter- oder Unterleibsentzündung oder an einer als solche verdächtigen Krankheit erkrankt oder gestorben, so hat die Hebamme sofort Verhaltungsmaassregeln von dem zuständigen Kreisarzte einzuholen und vor dem Empfange derselben sich jeder beruflichen Thätigkeit zu enthalten. § 16. Pflegt die Hebamme eine an Kindbettfieber, Gebärmutter- oder Unterleibsentzündung oder an einer als solche verdächtigen Krankheit leidende Wöchnerin, so darf sie während dieser Zeit die Untersuchung einer Schwangeren gar nicht und die Untersuchung oder Pflege einer anderen Wöchnerin oder einer Kreissenden lediglich im Nothfalle, wenn eine andere Hebamme nicht zu erlangen ist, und auch in diesem Falle nur dann übernehmen, nachdem sie ihren ganzen Körper mit Seife gründlich, womöglich im Bade, abgewaschen und ausserdem sich, wie im § 14 vorgeschrieben ist, gereinigt, desinficirt und frisch bekleidet hat. § 17. Die Kleider, welche die Hebamme bei der Untersuchung oder dem Besuche einer Person, die an einer im § 14 bezeichneten oder als solche verdächtigen Krankheit leidet, getragen hat, dürfen mit anderen Kleidern der Hebamme nicht zusammengebracht und müssen gründlich ausgekocht und mit Seife ausgewaschen und mittelst strömenden Wasserdampfes in einem Dampf-Desinfectionsapparat desinficirt werden, bevor dieselben weiter gebraucht werden dürfen. § 18. Leichen oder die Bekleidungsgegenstände von Leichen berühre die Hebamme niemals. Hat sie solches trotz dieses Verbots gethan, so ist sie verpflichtet, wie in § 16 vorgeschrieben ist, zu verfahren."

Im Anschluss an diesen Erlass wurden überall entsprechende Polizeiverordnungen erlassen, zum Beispiel die Polizei-Verordnung des Königlichen Oberpräsidenten der Rheinprovinz vom 2. April 1891:

„§ 1. Alle diejenigen, welche sich mit der Ausübung der Heilkunde gewerbsmässig beschäftigen, haben jeden in ihrer Praxis vorkommenden Fall von Kindbettfieber sofort der Ortspolizeibehörde desjenigen Ortes, an welchem derselbe aufgetreten ist, schriftlich oder zu Protokoll anzuzeigen. — In dieser Anzeige muss enthalten sein: Namen und Wohnort der Erkrankten, Tag der Entbindung und Name der bei der Entbindung und im Wochenbett thätigen Hebamme, Wartefrau oder Kranken-

pflegerin. § 2. Die Hebamme hat jeden in ihrer Praxis vorkommenden ärztlich festgestellten Erkrankungsfall von Kindbettfieber sofort dem Kreisarzte mündlich oder schriftlich anzuzeigen und dabei anzugeben, ob sie noch andere Wöchnerinnen pflegt und welche. § 3. Im Falle kein Arzt zugezogen ist, hat die Hebamme, wenn bei einer Wöchnerin ein Fieber gleich sehr heftig mit starkem Schüttelfroste auftritt und die Körperwärme bis auf 40° C. und darüber steigt, oder wenn ausser dem Fieber noch andere Krankheitserscheinungen, wie Schmerzen im Leibe, Empfindlichkeit gegen Druck, Störungen der Wochenreinigung u. s. w. zugegen sind, von der Erkrankung sofort dem Kreisphysikus mündlich oder schriftlich Anzeige zu machen. § 4. Wenn in der Familie einer Hebamme Rose, Scharlach, Diphtherie oder Eiterfieber auftritt, ebenso, wenn die Hebamme selbst an ihrem Körper, insbesondere an ihren Fingern eiternde Wunden hat, oder bei einer Krankenpflege mit eiternden oder jauchigen Absonderungen in Berührung kommt, so hat sie dem Kreisphysikus unverzüglich hiervon Anzeige zu machen und darf nur im Nothfalle vor Entscheidung des Kreisarztes einer Gebärenden oder Wöchnerin Beistand leisten. § 5. Wenn eine zu Entbindungen an sich nicht berechtigte Person eine Entbindung ausführt (Nothfall), so hat sie sofort der Ortspolizeibehörde desjenigen Orts, an welchem die Entbindung erfolgt ist, hiervon schriftlich oder zu Protokoll Anzeige zu erstatten. § 6. Zuwiderhandlungen gegen die Vorschriften dieser Verordnung werden, sofern nicht nach den allgemeinen Strafgesetzen eine höhere Strafe verwirkt ist, mit einer Geldstrafe bis zu 60 Mark und im Unvermögensfalle mit entsprechender Haft bestraft."

b) Uebersicht über die sonstigen landesgesetzlichen Bestimmungen betreffend die Behandlung kranker Wöchnerinnen.

In Anhalt sind entsprechende Bestimmungen gegeben durch die Hebammen-Instruction vom 24. Juni 1889; in Baden durch die Hebammen-Dienstanweisung vom 22. November 1879; in Baiern durch den Ministerial-Erlass vom 15. December 1875; in Braunschweig durch den Erlass des Obersanitäts-Collegiums vom 9. Mai 1890; in Bremen durch die Verfassung der Medicinal-Commission vom 6. August und 5. November 1879, sowie durch die Instruction der Hebammen vom 24. Februar 1882; in Elsass-Lothringen durch die Hebammenordnung vom 24. Mai 1889; in Lübeck durch die Hebammen-Instruction vom 1. October 1887; in Mecklenburg-Schwerin durch den Ministerial-Erlass vom 30. October 1893; im Königreich Sachsen durch die Instruction für die Hebammen zur Verhütung des Kindbettfiebers vom 16. November 1897; in Sachsen-Meiningen durch die Verfügungen vom 17. April 1882, 19. November 1893 und vom 20. October 1894; in Schaumburg-Lippe durch die Verfügung vom 24. Februar 1888; in Schwarzburg-Rudolstadt durch die Verfügung vom 16. December 1889 u. s. w.

## K. Fürsorge für Unbemittelte.

1. Reichsgesetz über den Unterstützungswohnsitz vom 6. Juni 1870 in der Fassung vom 12. März 1894 (Reichs-Gesetzbl. 1894, S. 262).

(Im Auszug.)

„Gleichberechtigung der Bundesangehörigen: §1. Jeder Norddeutsche ist in jedem Bundesstaate in Bezug a) auf die Art und das Maass der im Falle der Hülfsbedürftigkeit zu gewährenden öffentlichen Unterstützung, b) auf den Erwerb und Verlust des Unterstützungswohnsitzes als Inländer zu behandeln. Die Bestimmungen im § 7 des Gesetzes über die Freizügigkeit vom 1. November 1867 (Reichs-Geseszbl., S. 55) sind auf Norddeutsche ferner nicht anwendbar. Organe der öffentlichen

Unterstützung Hülfsbedürftiger: § 2. Die öffentliche Unterstützung hülfsbedürftiger Norddeutscher wird nach näherer Vorschrift dieses Gesetzes durch Ortsarmenverbände und durch Landarmenverbände geübt. Ortsarmenverbände: § 3. Ortsarmenverbände können aus einer oder mehreren Gemeinden und, wo die Gutsbezirke ausserhalb der Gemeinden stehen, aus einem oder mehreren Gutsbezirken, beziehungsweise aus Gemeinden und Gutsbezirken zusammengesetzt sein. Alle zu einem Ortsarmenverbande vereinigten Gemeinden und Gutsbezirke gelten in Ansehung der durch dieses Gesetz geregelten Verhältnisse als eine Einheit. Landarmenverbände: § 5. Die öffentliche Unterstützung hülfsbedürftiger Norddeutscher, welche endgültig zu tragen kein Ortsarmenverband verpflichtet ist (der Landarmen) liegt den Landarmenverbänden ob. Dieselben umfassen der Regel nach eine Mehrheit von Ortsarmenverbänden, können sich aber ausnahmsweise auf den Bezirk eines einzigen Ortsarmenverbandes beschränken. § 6. Armenverbände, deren Mitgliedschaft an ein bestimmtes Glaubensbekenntniss geknüpft ist, gelten nicht als Armenverbände im Sinne des Gesetzes. § 7. Die Orts- und Landarmenverbände stehen in Bezug auf die Verfolgung ihrer Rechte einander gleich. Hat ein Bundesstaat unmittelbar die Functionen des Landarmenverbandes übernommen (§ 5), so steht er in allen durch dieses Gesetz geregelten Verhältnissen den Landarmenverbänden gleich. § 8. Die Landesgesetze bestimmen über die Zusammensetzung und Einrichtung der Ortsarmenverbände und Landarmenverbände, über die Art und das Maass der im Falle der Hülfsbedürftigkeit zu gewährenden öffentlichen Unterstützung, über die Beschaffung der erforderlichen Mittel, darüber, in welchen Fällen und in welcher Weise den Ortsarmenverbänden von den Landarmenverbänden oder von anderen Stellen eine Beihülfe zu gewähren ist, und endlich darüber, ob und inwiefern sich die Landarmenverbände der Ortsarmenverbände als ihrer Organe behufs der öffentlichen Unterstützung Hülfsbedürftiger bedienen dürfen. Erwerb des Unterstützungswohnsitzes: § 9. Der Unterstützungswohnsitz wird erworben durch a) Aufenthalt, b) Verehelichung, c) Abstammung. Durch Aufenthalt: § 10. Wer innerhalb eines Ortsarmenverbandes nach zurückgelegtem achtzehnten Lebensjahre zwei Jahre lang ununterbrochen seinen gewöhnlichen Aufenthalt gehabt hat, erwirbt dadurch in demselben den Unterstützungswohnsitz. § 11. Die zweijährige Frist läuft von dem Tage, an welchem der Aufenthalt begonnen ist. Durch den Eintritt in eine Kranken-, Bewahr- oder Heilanstalt wird jedoch der Aufenthalt nicht begonnen. Wo für ein ländliches oder städtisches Gesinde, Arbeitsleute, Wirthschaftsbeamte, Pächter oder andere Miethsleute der Wechsel des Wohnortes zu bestimmten, durch Gesetz oder ortsübliches Herkommen festgesetzten Terminen stattfindet, gilt der übliche Umzugstermin als Anfang des Aufenthaltes, sofern nicht zwischen diesem Termine und dem Tage, an welchem der Aufenthalt wirklich beginnt, ein mehr als siebentägiger Zeitraum gelegen hat. § 12. Wird der Aufenthalt unter Umständen begonnen, durch welche die Annahme der freien Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufenthaltsortes ausgeschlossen wird, so beginnt der Lauf der zweijährigen Frist erst mit dem Tage, an welchem diese Umstände aufgehört haben. Treten solche Umstände erst nach Beginn des Aufenthaltes ein, so ruht während ihrer Dauer der Lauf der zweijährigen Frist. § 13. Als Unterbrechung des Aufenthalts wird eine freiwillge Entfernung nicht angesehen, wenn aus den Umständen, unter welchen sie erfolgt, die Absicht erhellt, den Aufenthalt beizubehalten. § 14. Der Lauf der zweijährigen Frist (§ 10) ruht während der Dauer der von einem Armenverband gewährten öffentlichen Unterstützung. Er wird unterbrochen durch den von einem Armenverband auf Grund der Bestimmung im § 5 des Gesetzes über die Freizügigkeit vom 1. November 1867 gestellten Antrag auf Anerkennung der Verpflichtung zur

Uebernahme eines Hülfsbedürftigen. Die Unterbrechung erfolgt mit dem Tage, an welchem der also gestellte Antrag an den betreffenden Armenverband oder an die vorgesetzte Behörde eines der betheiligten Armenverbände abgesandt ist. Die Unterbrechung gilt als nicht erfolgt, wenn der Antrag nicht innerhalb zweier Monate weiter verfolgt, oder wenn derselbe erfolglos geblieben ist. Durch Verehelichung: § 15. Die Ehefrau theilt vom Zeitpunkt der Eheschliessung ab den Unterstützungswohnsitz des Mannes. § 16. Wittwen und rechtskräftig geschiedene Ehefrauen behalten den bei Auflösung der Ehe gehabten Unterstützungswohnsitz so lange, bis sie denselben nach den Vorschriften der §§ 22 No. 2, 23—27 verloren oder einen anderweitigen Unterstützungswohnsitz nach Vorschrift der §§ 9—14 erworben haben. § 17. Als selbstständig in Beziehung auf den Erwerb und Verlust des Unterstützungswohnsitzes gilt die Ehefrau auch während der Dauer der Ehe, wenn und solange der Ehemann sie böslich verlassen hat, ferner wenn und solange sie während der Dauer der Haft des Ehemannes oder in Folge ausdrücklicher Einwilligung desselben oder kraft der nach den Landesgesetzen ihr zustehenden Befugniss vom Ehemann getrennt lebt und ohne dessen Beihülfe ihre Ernährung findet. Durch Abstammung: § 18. Eheliche und den ehelichen gesetzlich gleichstehende Kinder theilen, vorbehaltlich der Bestimmung des § 20, den Unterstützungswohnsitz des Vaters solange, bis sie denselben uach Vorschrift der §§ 22 No. 23—27 verloren oder einen anderweitigen Unterstützungswohnsitz nach Vorschrift der §§ 9—14 erworben haben. Sie behalten diesen Unterstützungswohnsitz auch nach dem Tode des Vaters bis zu dem vorstehend gedachten Zeitpunkte, vorbehaltlich der Bestimmung des § 19. § 19. Wenn die Mutter den Vater überlebt, so theilen nach Auflösung der Ehe durch den Tod des Vaters die ehelichen und den ehelichen gesetzlich gleichstehenden Kinder den Unterstützungswohnsitz der Mutter in dem Umfange des § 18. Gleiches gilt in dem Falle des § 17, sofern die Kinder bei der Trennung vom Hausstande des Vaters der Mutter gefolgt sind. § 20. Bei der Scheidung der Ehe theilen die ehelichen und den ehelichen gesetzlich gleichstehenden Kinder in dem Umfange des § 18 den Unterstützungswohnsitz der Mutter, wenn dieser die Erziehung der Kinder zusteht. § 21. Uneheliche Kinder theilen in dem Umfange des § 18 den Unterstützungswohnsitz der Mutter. Verlust des Unterstützungswohnsitzes: § 22. Der Verlust des Unterstützungswohnsitzes tritt ein durch 1. Erwerb eines anderweitigen Unterstützungswohnsitzes, 2. zweijährige ununterbrochene Abwesenheit nach zurückgelegtem achtzehnten Lebensjahre. § 23. Die zweijährige Frist läuft von dem Tage, an welchem die Abwesenheit begonnen hat. Durch den Eintritt in eine Kranken-, Bewahr- oder Heilanstalt wird jedoch die Abwesenheit nicht begonnen. Wo für ländliches oder städtisches Gesinde, Arbeitsleute, Wirthschaftsbeamte, Pächter oder andere Miethsleute der Wechsel des Wohnortes zu bestimmten, durch Gesetz oder ortsübliches Herkommen festgesetzten Terminen stattfindet, gilt der übliche Umzugstermin als Anfang der Abwesenheit, sofern nicht zwischen dem Termine und dem Tage, an welchem die Abwesenheit wirklich beginnt, ein mehr als siebentägiger Zeitraum gelegen hat. § 24. Ist die Abwesenheit durch Umstände veranlasst, durch welche die Annahme der freien Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufenthaltsortes ausgeschlossen wird, so beginnt der Lauf der zweijährigen Frist erst mit dem Tage, an welchem diese Umstände aufgehört haben. Treten solche Umstände erst nach dem Beginn der Abwesenheit ein, so ruht während ihrer Dauer der Lauf der zweijährigen Frist. § 25. Als Unterbrechung der Abwesenheit wird die Rückkehr nicht angesehen, wenn aus den Umständen, unter welchen sie erfolgt, die Absicht erhellt, den Aufenthalt nicht dauernd fortzusetzen. § 26. Die Anstellung oder Versetzung eines Geistlichen, Lehrers, öffentlichen oder Privatbeamten, sowie einer

nicht bloss zur Erfüllung der Militärpflicht im Bundesheere oder in der Bundes-Kriegsmarine dienenden Militärperson gilt nicht als ein die freie Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufenthaltsortes ausschliessender Umstand. § 27. Der Lauf der zweijährigen Frist (§ 22) ruht während der Dauer der von einem Armenverbande gewährten öffentlichen Unterstützung. Er wird unterbrochen durch den von einem Armenverbande auf Grund der Bestimmung im § 5 des Gesetzes über die Freizügigkeit vom 1. November 1867 gestellten Antrag auf Anerkennung der Verpflichtung zur Uebernahme eines Hülfsbedürftigen. Die Unterbrechung erfolgt mit dem Tage, an welchem der also gestellte Antrag an den betreffenden Armenverband oder an die vorgesetzte Behörde eines der betheiligten Armenverbände abgesandt ist. Die Unterbrechung gilt als nicht erfolgt, wenn der Antrag nicht innerhalb zweier Monate weiter verfolgt, oder wenn derselbe erfolglos geblieben ist. Pflichten und Rechte der Armenverbände: § 28. Jeder hülfsbedürftige Norddeutsche muss vorläufig von demjenigen Ortsarmenverbande unterstützt werden, in dessen Bezirk er sich bei dem Eintritte der Hülfsbedürftigkeit befindet. Die vorläufige Unterstützung erfolgt vorbehaltlich des Anspruchs auf Erstattung der Kosten, beziehungsweise auf Uebernahme des Hülfsbedürftigen gegen den hierzu verpflichteten Armenverband. § 29. Wenn Personen, welche im Gesindedienst stehen, Gesellen, Gewerbegehülfen, Lehrlinge, an dem Orte ihres Dienstverhältnisses erkranken, so hat der Ortsarmenverband des Dienstortes die Verpflichtung, den Erkrankten die erforderliche Cur und Verpflegung zu gewähren. Ein Anspruch auf Erstattung der entstehenden Cur- und Verpflegungskosten, beziehungsweise auf Uebernahme des Hülfsbedürftigen gegen einen anderen Armenverband erwächst nur, wenn die Krankenpflege länger als sechs Wochen fortgesetzt wurde, und nur für den über diese Frist hinausgehenden Zeitraum. Dem zur Unterstützung an sich verpflichteten Armenverbande muss spätestens sieben Tage vor Ablauf des sechswöchentlichen Zeitraums Nachricht von der Erkrankung gegeben werden, widrigenfalls die Erstattung der Kosten erst von dem sieben Tage nach dem Eingange der Nachricht beginnenden Zeitraum an gefordert werden kann. Schwangerschaft an sich ist nicht als eine Krankheit im Sinne der vorstehenden Bestimmung anzusehen[1]). § 30. Zur Erstattung der durch die Unterstützung eines hülfsbedürftigen Norddeutschen erwachsenen Kosten, soweit dieselben nicht in Gemässheit des § 29 dem Ortsarmenverbande des Dienstortes zur Last fallen, sind verpflichtet: a) wenn der Unterstützte einen Unterstützungswohnsitz hat, der Ortsarmenverband seines Unterstützungswohnsitzes; b) wenn der Unterstützte keinen Unterstützungswohnsitz hat, derjenige Landarmenverband, in dessen Bezirk er sich bei dem Eintritte der Hülfsbedürftigkeit befand oder, falls er im hülfsbedürftigen Zustande aus einer Straf-, Kranken-, Bewahr- oder Heilanstalt entlassen wurde, derjenige Landarmenverband, aus welchem seine Einlieferung in die Anstalt erfolgt ist. Die Höhe der zu erstattenden Kosten richtet sich nach den am Orte der stattgehabten Unterstützung über das Maass der öffentlichen Unterstützung Hülfsbedürftiger geltenden Grundsätzen, ohne dass dabei die allgemeinen Verwaltungskosten der Armenanstalten, sowie besondere Gebühren für die Hülfeleistung fest remunerirter Armenärzte in Ansatz gebracht werden dürfen. Für solche bei der öffentlichen Unterstützung häufiger vorkommenden Aufwendungen, deren täglicher oder wöchentlicher Betrag sich in Pauschquanten feststellen lässt (z. B. Verpflegungssätze in Kranken- oder Armenhäusern), kann in jedem Bundesstaate, entweder für das ganze

---

1) Der Schwangerschaft gilt nach dem Erkenntniss des Bundesamtes für das Heimathwesen vom 11. Januar 1896 gleich die normale Entbindung und das normale Wochenbett. Erkranken dagegen Schwangere und Wöchnerinnen, so tritt § 29 in Kraft.

Staatsgebiet gleichmässig, oder bezirksweise verschieden ein Tarif aufgestellt und öffentlich bekannt gemacht werden, dessen Sätze die Erstattungsforderung nicht übersteigen darf."

Ausländer werden nach § 60 des Gesetzes bei dem Eintritte der Hilfsbedürftigkeit als Inländer behandelt und von dem zuständigen Ortsarmenverband unterstützt, so lange ihnen der Aufenthalt im Inlande gestattet ist. Da in Bayern, wo die Armenpflege nach dem Gesetz vom 29. April 1869 und vom 3. Februar 1888 an das Heimathsrecht geknüpft ist, und in Elsass-Lothringen, wo das französische Gesetz vom 19. März 1793 gilt, das Gesetz über den Unterstützungswohnsitz nicht eingeführt ist, werden Angehörige dieser Staaten als Ausländer angesehen. Bei Streitigkeiten der Armenverbände verschiedener Bundesstaaten entscheidet nach §§ 42—52 „das Bundesamt für das Heimathwesen" in Berlin endgiltig, das in den meisten Bundesstaaten auch als höchste Berufungsinstanz für die Streitigkeiten der Armenverbände unter einander gilt. Auf Grund des Gesetzes über den Unterstützungswohnsitz sind in den einzelnen Bundesstaaten durch Landesgesetz die Ortsarmenverbände (meist die Gemeinden) und die Landarmenverbände gebildet. Als Landarmenverbände gelten in Preussen: die Provinzen, nur in Ostpreussen die Kreise. In Hessen-Nassau und Hohenzollern ist der Regierungsbezirk zugleich Landarmenverband. In Berlin und Breslau ist der Stadtkreis Landarmenverband, für den Kreis Lauenburg ist der Kreisverband zugleich Landarmenverband. In Baden, Hessen, Sachsen-Meiningen, Waldeck und Württemberg sind die Kreise ebenfalls Landarmenverbände. In Oldenburg sind die Verwaltungsämter Landarmenverbände. In den übrigen Bundesstaaten bildet der Staat zugleich den Landarmenverband.

2. Preussisches Ausführungsgesetz vom 8. März 1871 (G.-S., S. 130), in der Fassung des Gesetzes vom 11. Juli 1891 (G.S., S. 300):

„§ 1. Jedem hülfsbedürftigen Deutschen (§ 69) ist von dem zu seiner Unterstützung verpflichteten Armenverbande Obdach, der unentbehrliche Lebensunterhalt, die erforderliche Pflege in Krankheitsfällen und im Falle seines Ablebens ein angemessenes Begräbniss zu gewähren. Die Unterstützung kann geeigneten Falles, so lange dieselbe in Anspruch genommen wird, mittelst Unterbringung in einem Armen- oder Krankenhause, sowie mittelst Anweisung der den Kräften des Hülfsbedürftigen entsprechenden Arbeiten ausserhalb oder innerhalb eines solchen Hauses gewährt werden. Gebühren für die einem Unterstützungsbedürftigen geleisteten Amtshandlungen sind die Armenverbände zu entrichten nicht verpflichtet. . . . § 31. Die Landarmenverbände — in der Provinz Ostpreussen der Landarmenverband der Provinz — sind verpflichtet, für Bewahrung, Cur und Pflege der hülfsbedürftigen Geisteskranken, Idioten, Epileptischen, Taubstummen und Blinden, soweit dieselben der Anstaltspflege bedürfen, in geeigneten Anstalten Fürsorge zu treffen. Verpflichtet zur Aufnahme und Bewahrung, zur Gewährung der Cur und Pflege ist zunächst derjenige Landarmenverband, welchem der vorläufig unterstützungbedürftige Ortsarmenverband angehört. § 31 a. Die allgemeinen Verwaltungskosten der Anstalten und die Kosten der von der Anstalt selbst bewirkten Beerdigung trägt der Landarmenverband. Der Landarmenverband ist berechtigt, sofern es sich nicht um einen landarmen Hülfsbedürftigen handelt, vorbehaltlich anderweitiger Veränderung Ersatz der sonstigen Kosten von dem endgültig unterstützungsbedürftigen Ortsarmenverband zu verlangen. Die Erstattung erfolgt durch Vermittelung des Kreises, welchem dieser Ortsarmenverband angehört; der Kreis ist verpflichtet, dem Ortsarmenverband mindestens zwei Drittel der von letzterem aufzubringenden Kosten als Beihülfe zu gewähren. § 31 b. Die Bestimmungen über die Aufnahme und Entlassung der Anstalts-

pflege Bedürftigen, sowie über die Höhe der zu erstattenden Kosten werden in Reglements getroffen, welche der Genehmigung der zuständigen Minister unterliegen. § 31d. Land- und Stadtkreise können mit Genehmigung der Oberpräsidenten auch in Zukunft die Fürsorge für hülfsbedürftige Geisteskranke, Idioten, Epileptische, Taubstumme und Blinde in eigene Anstalten übernehmen. In diesen Fällen tragen die Landkreise die allgemeinen Verwaltungskosten allein und dürfen die Ortsarmenverbände höchstens bis zu einem Drittel der sonstigen Kosten heranziehen (§ 31a). § 31e. Die Landarmenverbände, Kreise und die aus mehreren Gemeinden und Gutsbezirken zusammengesetzen Communalverbände sind auch ferner befugt, die Fürsorge für Sieche unmittelbar zu übernehmen. Die gleiche Befugniss verbleibt den Kreisen und den im Absatz 1 bezeichneten Communalverbänden hinsichtlich der hülfsbedürftigen Kranken."

3. Die ärztliche Behandlung der kranken Armen.

Die zur Versorgung in Krankheitsfällen verpflichteten Armenverbände, meist die Gemeinden, haben für die ärztliche Behandlung „Armenärzte" angenommen, die entweder vertragsmässig oder als Beamte angestellt werden. In Hamburg, Bremen und Lübeck, wo Staat und Gemeinde identisch sind, sind die Armenärzte Staatsbeamte, ebenso in Württemberg. Lippe-Detmold und Reuss j. L. In Preussen werden sie von dem Gemeindevorstand (Magistrat) nach Anhörung der Gemeindevertretung (Stadtverordnetenversammlung), in Baiern von der Gemeindeverwaltung auf Antrag des Armen-Pflegschaftsraths, in Sachsen von dem Gemeinderathe (Stadtgemeinderathe), in Württemberg von der Amtsverwaltung nach Bestätigung seitens der Kreisregierung angestellt u. s. w.

Bemerkenswerthe Bestimmungen der Einzelstaaten.

Baden: § 15 der Dienstanweisung für die Bezirksärzte vom 1. Januar 1886: „Durch das Ministerium kann der Bezirksarzt verpflichtet werden, die Behandlung erkrankter Armer gegen entsprechende Vergütung aus der Gemeindekasse zu übernehmen, wenn die Gemeinde nicht im Stande ist, durch Vertrag mit einem praktischen Arzte für die ärztliche Behandlung ihrer erkrankten Armen genügend Fürsorge zu treffen."

Elsass-Lothringen: Cantonalarztordnung vom 2. Juni 1891 für den Bezirk Oberelsass: „8. Die Cantonalärzte haben die Armen ihres Amtsbezirks, sowie die in denselben auf öffentliche Kosten untergebrachten Kinder unentgeltlich zu behandeln. 9. Es kann den Cantonalärzten für die Gemeinden, welche von ihrem Wohnsitze sehr entfernt gelegen sind, die Abhaltung bestimmter Sprechtage in genannten Gemeinden von dem Kreisdirector aufgegeben werden. 10. Besondere Reisen behufs ersten Besuchs armer Kranker ist der Cantonalarzt nur verpflichtet, auf Verlangen des betreffenden Bürgermeisters oder im Falle offenbarer Dringlichkeit zu machen. Die Wiederholung der Krankenbesuche richtet sich nach Lage des Falles und haben die Cantonalärzte die zur Weiterbehandlung armer Kranker nothwendigen Besuche nach Pflicht und Gewissen, auch ohne besondere Berufung durch den Bürgermeiser vorzunehmen. 11. Um vor missbräuchlichen Berufungen sicher zu sein, kann der Cantonalarzt für jede Gemeinde, in welcher dieses nicht schon seither vorgeschrieben und üblich war, die Aufstellung einer Armenliste beantragen. Dieselbe erfolgt durch eine Commission, welche der Kreisdirector ernennt und von welcher der Cantonalarzt Mitglied ist. 12. Wegen Lieferung von Arzneien und sonstigen Heilmitteln an Arme hat sich der Cantonalarzt mit der betreffenden Gemeindebehörde in Verbindung zu setzen und bei seinen Anwendungen die grösste Sparsamkeit walten zu lassen."

In Hessen gelten ähnliche Bestimmungen für die Kreisärzte wie in Baden

(§ 20 der Instruction vom 14. Juli 1884). In Lippe sind vom Staate Bezirksarmenärzte angestellt, welche ein Gehalt von 300 Mark beziehen. Die Bezirke umfassen eine Einwohnerzahl, welche von 6000—15000 schwankt.

Meiningen: Nach dem Gesetz vom 14. April 1868 Art. 12 sind die Amtsärzte zur unentgeltlichen Behandlung kranker Armer nicht verpflichtet. Dagegen ist jeder Arzt, sei er Amtsarzt oder nicht, verpflichtet, sich gegen die in Art. 10 des Gesetzes bestimmte, von der besreffenden Gemeindekasse zu übernehmende Vergütung, der Armenpraxis anzunehmen. Wünscht eine Gemeinde wegen Uebernahme der Armenpraxis und Zahlung eines Pauschquantums dafür, mit einem Arzte sich zu verständigen, so können auf deren Anrufen die desfallsigen Bedingungen nach Gehör der Betheiligten und Vernehmung der Medicinaldeputation von dem Staatsministerium, Abtheilung des Innern, auf einen Zeitraum bis zu 3 Jahren mit verbindender Kraft festgesetzt werden.

Preussen: Der Runderlass vom 10. April 1821 regelt die Verhältnisse der Armenärzte in zweifelhaften Fällen resp. die Verpflichtungen der Gemeinden gegenüber den nicht angestellten Aerzten wie folgt:

„1. An solchen Orten, wo besoldete Armenärzte von den Communen angestellt werden, ist jeder andere Arzt die zur unentgeltlichen Behandlung bei ihm meldenden Kranken dieser Commune in der Regel an den besoldeten Armenarzt zu verweisen befugt, mithin auch, wenn er sich freiwillig, den Anforderungen der Menschlichkeit gemäss, der Kur eines Armen unterzogen hat, zu einem Anspruche an die Commune nicht berechtigt. 2. Hiervon ist jedoch der Fall dringender Gefahr und der Nothwendigkeit schleuniger Hilfe ausgenommen. In diesem Falle, sowie 3. überall, wo ein besoldeter Armenarzt nicht existirt, liegt es in dem Berufe des Arztes, dem Kranken, der seine Hilfe anruft, dieselbe ohne Anstand zu gewähren; wenn er aber demnächst wegen seiner Remuneration Anspruch an die Commune machen will, so muss er 4. dieser sofort von dem Fall Anzeige machen und ihr überlassen, ob und welche andere Vorkehrungen sie zur Heilung des ihrer Sorge anheimfallenden Armen treffen will und nur in dem Falle, wenn die Gemeinde von dem Arzte die Fortsetzung der Kur verlangt, oder in gefährlichen Fällen keine anderweitigen Anstalten dazu trifft und den Arzt also in die Nothwendigkeit setzt, mit seinen Hilfsleistungen zur Rettung des Lebens und der Gesundheit des armen Kranken fortzufahren, so ist derselbe von der betreffenden Gemeinde die Bezahlung seines tarifmässigen Honorars zu fordern befugt. 5. Die Verpflichtungen der besoldeten Armenärzte gegen die Commune, insbesondere auch Rücksichts der Frage, inwiefern sie zur Behandlung solcher kranken Armen verpflichtet sind, die einer andern als derjenigen Ortsgemeinde angehören, von welcher sie als Armenärzte angenommen worden, sind zunächst und hauptsächlich nach dem seitens der Communen mit ihnen abgeschlossenem Vertrage oder der dessen Stelle vertretenden Instruction zu beurtheilen. 6. Wo aber diese nicht entscheiden, ist der besoldete Armenarzt verpflichtet, die ärztliche Behandlung auch derjenigen Kranken unentgeltlich zu übernehmen, welcher sich anzunehmen die besoldende Gemeinde gesetzlich verpflichtet ist, obgleich sie zu ihr nicht gehören und deshalb die besoldete Gemeinde Ersatz ihrer Auslagen von einer anderen Behörde zu fordern berechtigt ist“.[1])

---

1) Bemerkenswerth ist die nachstehende Verfügung des Regierungspräsidenten in Köslin über das Amt eines Armen- und Gemeindearztes vom 7. October 1893:

„Um die Thätigkeit der Communalärzte mehr wie bisher für Zwecke der öffentlichen Gesundheitspflege nutzbar zu machen, habe ich unter Hervorhebung derjenigen Gesichtspunkte, die hierbei vornehmlich in Frage kommen, eine Aenderung des bis-

Wenn ein Armenverband in der pflichtmässigen Sorge für erkrankte Arme säumig ist, so hat die Polizeibehörde nach dem Reskript vom 14. Juni 1843 neben sonstigen Schritten das Recht, die Gewährung ärztlicher Hilfe nach Befinden selbst anzuordnen und die Forderung des von ihr beauftragten Arztes im Verwaltungswege einzuziehen.

---

herigen Berichtswesens (Verfügung vom 25.8.1884 — Pr. II. No.423/8) beschlossen, von der ich erwarte, dass sie die Thätigkeit der Communalärzte erfolgreicher gestalten und weiterhin den Communen selber zu Gute kommen wird. Wenn es keinem Zweifel unterliegt, dass die communalärztliche Thätigkeit mit der Behandlung der armen Kranken nicht erschöpft ist, sondern im Sinne der communalen und Social-Hygiene, erst dann ihrem Zweck entspricht, wenn der Communalarzt als hygienischer Berather der Commune alle die Gesundheit des Gemeinwesens und insbesondere der ärmeren Bevölkerungsklassen beeinflussenden Factoren, wie alle der Gesundheitspflege dienenden communalen Einrichtungen, Veranstaltungen und Bestrebungen dauernd überwacht, so ergiebt sich hieraus, dass diese ihre Thätigkeit vornehmlich vorbeugenden Zwecken zu dienen hat.

Indem ich nachstehend die wichtigsten hierbei in Frage kommenden Gesichtspunkte zusammenfasse, unter Vorausschickung derjenigen armenstatistischen Daten, die hierbei nicht wohl entbehrt werden können, bestimme ich hiermit, dass die in Zukunft alljährlich bis zum 1. März hierher einzureichenden communalärztlichen Berichte auf folgende Einzelheiten sich zu erstrecken haben: 1. Zahl der dauernd unterstützten Ortsarmen: a) Selbstunterstützte, und zwar Männer, Frauen (darunter alleinstehend), Kinder unter 14 Jahren; b) Mitunterstützte, Zahl derselben, darunter Kinder unter 14 Jahren; 2. Zahl der vorübergehend Unterstützten; 3. Zahl der Landarmen; 4. Art der Unterbringung der Ortsarmen, a) in Armenhäusern (Siechenhäusern), b) in Familienpflege, c) in Anstalten der Provinz. 5. Höhe des Armenetats — umfassend dauernd und vorübergehend unterstützte Ortsarme, Kosten der offenen und geschlossenen Armen-Krankenpflege, Verhältniss zum Gesammtetat. 6. Armenärzte und Remuneration derselben. Gemeinde-Diakonissen. Sonstige Krankenpfleger und Pflegerinnen. 7. Beschaffenheit der Wohnungen der ärmeren Bevölkerung und deren Beziehung zum Auftreten von Krankheiten (Dach-, Hof- und Kellerwohnungen). 8. Ernährungsverhältnisse der ärmeren Bevölkerungsklassen (Kinderernährung), Kost- und Haltekinder, Krankheitsstörungen in Folge mangelhafter, nicht zureichender oder verdorbener Nahrungsmittel — Einrichtungen und Veranstaltungen zur Beschaffung guter und billiger Nahrungsmittel (Consumvereine, Suppenküchen u. a.). 9. Alkoholismus, Verbreitung desselben unter der ärmeren Bevölkerung. 10. Hygienische Haus- und Gemeinde-Einrichtungen: Wasserversorgung, Entwässerungsanlagen, Beseitigung der Abfallstoffe. Zustand und insbesondere Mängel derselben. 11. Infectionskrankheiten (Typhus, Diphtherie, Tuberculose etc.) und deren Beziehung zu Wohnung und Ernährung, sowie zu den Haus- und Gemeinde-Einrichtungen. Besondere Wege der Verbreitung, Stärke und Ausbreitung der Epidemien unter der ärmeren Bevölkerung. 12. Sanitäre Beschaffenheit der Armenhäuser und Hospitäler. 13. Oeffentliche und private Armen-Krankenpflege, Frauen- und sonstige Wohlthätigkeitsvereine. Mildthätige Stiftungen, Wirkungskreis derselben. 14. Sorge für die Siechen, Waisen und verwahrlosten Kinder, Kinderbewahrungsanstalten, Kindergärten u. s. w. 15. Herbergen (Massenquartiere), Natural-Verpflegungsstationen. 16. Elementarschulen und Gesundheitszustand der Schüler (Ferien-Colonien, Speisung armer Schüler u. a.).

Von diesem Schema sind die Nummern 1—6 einschliesslich in Zwischenräumen

Die §§ 31a—e des Gesetzes vom 8. März 1871 und vom 11. Juli 1891 haben den Landarmenverbänden die Verpflichtung auferlegt, in angemessener Weise für die Geisteskranken, Epileptischen, Idioten, Taubstummen und Blinden, soweit sie anstaltsbedürftig sind, durch Errichtung geeigneter Anstalten und Aufnahme in dieselben zu sorgen. Die Bestimmungen über Aufnahme und Entlassung dieser Anstaltsbedürftigen sind durch besondere seitens der zuständigen Minister zu genehmigende Reglements festgesetzt.

## Abschnitt II. Besondere Bestimmungen über Krankenpflege.

### A. Das Pflegepersonal.

#### 1. Krankenpfleger, Krankenpflegerinnen.

a) Ueber die Stellung der Pflegepersonen in der Gewerbeordnung vergl. Anmerkung auf den Seiten 739, 755, 761.

Wer das Gewerbe der Krankenpflege, das heisst: das Pflegen von Kranken gegen Entgelt (Lohn oder Geschenke) ausüben will, hat dies nach § 14 Absatz 1 der Reichs-Gewerbeordnung (siehe S. 755) der zuständigen Behörde (dem Gemeindevorstande) anzuzeigen (Anmeldepflicht der Pflegepersonen).

In einzelnen Bundesstaaten haben sich die Pflegepersonen, welche sich zur Ausübung ihrer Berufsthätigkeit an einem Orte niederlassen, unter Angabe ihres Wohnortes und ihrer persönlichen Verhältnisse schriftlich oder mündlich auf bei dem zuständigen Medicinalbeamten (Kreisarzt, Bezirksarzt, Physikus u. s. w.) zu melden.

b) Ueber die Versicherungspflicht und -Berechtigung der Pflegepersonen siehe SS. 851, 852.

c) Ueber die Verpflichtung der Pflegepersonen zur Anzeige ansteckender Krankheiten siehe das Capitel: „ansteckende Kranke."

d) Die Ausbildung und Gewinnung ausreichend unterrichteter Pflegepersonen ist wiederholt znm Gegenstande amtlicher Kundgebungen und Anordnungen gemacht worden.

Bemerkenswerth ist die im Januar 1875 von dem Apotheker Lehfeld in Berlin an das preussische Abgeordnetenhaus gerichtete Petition, in der die Ausbildung von

---

von 3 zu 3 Jahren, und zwar zum 1. Mal bis zum 1. März k. Js. von dem Magistratsdirigenten, die übrigen von den Communalärzten alljährlich und zwar so zu beantworten, dass die Berichte ein möglichst erschöpfendes Bild der communalen Hygiene bieten, wobei es den Berichterstattern überlassen bleibt, diejenigen Abschnitte, die in dem einen Jahr für die communale Hygiene von besonderer Bedeutung sich erwiesen haben, gegenüber anderen Abschnitten zu bevorzugen.

Indem ich den Magistrat ersuche, Abschrift vorstehender Verfügung dem dortigen Communalarzt (Aerzten) als Ergänzung des mit demselben abgeschlossenen Vertrages zuzustellen und in Bezug auf die abgeänderte Berichterstattung vollziehen zu lassen, weise ich noch darauf hin, dass im eigentlichen Interesse der Communen gelegen ist, wenn die Armenärzte nicht bloss zu einzelnen Sitzungen der Armen-Commissionen (Deputationen) zugezogen, sondern zu ständigen Mitgliedern derselben gemacht werden.

Schliesslich erwarte ich, dass die Communen überall bestrebt sein werden, die Remunerationen der Communalärzte so zu gestalten, wie es die Wichtigkeit der Stellung und die geforderte Mühewaltung und vor allem auch das Interesse der Communen selber erfordert".

Krankenpflegerinnen auf Staatskosten gefordert wurde. Das Abgeordnetenhaus überwies diese Petition durch Beschluss vom 5. Mai 1875 der Staatsregierung mit der Aufforderung, für die Heranbildung von Krankenpflegern durch staatliche Subventionirung dazu geeigneter Anstalten reichlicher als bisher Fürsorge zu tragen. Die in Folge hiervon seitens der betheiligten Ministerien angestellten Ermittelungen ergaben, dass die meisten Bezirksregierungen mit Rücksicht auf die bestehenden confessionellen Krankenpflegegenossenschaften ein Bedürfniss nach weltlichen Krankenpflegern nur bedingt anerkannten und zugleich die Schwierigkeiten betonten, die staatlichen Anstalten, insbesondere die Universitätskliniken zur Ausbildung von Krankenwärtern zu benutzen. Nur in der Berliner Charité blieb die schon seit dem Beginne des 19. Jahrhunderts eingerichtete Wärterschule, welche die Charité selbst mit Pflegepersonal versorgt, bestehen. Desgleichen beschränken sich eine Anzahl von Universitätskliniken darauf, ihr eigenes Personal heranzubilden. Ebenso musste die Ausbildung von weltlichen Krankenpflegern (-pflegerinnen) in nicht staatlichen Anstalten auf Staatskosten als aussichtslos angesehen werden. Wo eine derartige Einrichtung in städtischen Krankenanstalten getroffen und die Ausbildung von Pflegepersonen gegen billiges Entgeld für Kost und Logis angeboten war, z. B. in Crefeld, Elberfeld, Breslau, Beuthen, Gleiwitz, Königsberg i. Pr., Danzig, Frankfurt a. M., Kiel, Stettin u. s. w., da blieben die Anmeldungen aus. Man hat deshalb den Versuch, mit Hülfe des Staates Krankenpflegepersonal auszubilden, vorläufig wieder aufgegeben und überlässt diese Ausbildung ausschliesslich den Krankenpflegegenossenschaften und Vereinen.

Nur das Königreich Sachsen macht eine bemerkenswerthe Ausnahme, indem hier seitens des Staates ein auf besondere Vor- und Ausbildung gegründeter Pflegerdienst bei sämmtlichen Landesheil- und Pflegeanstalten eingerichtet worden ist und die Ausbildung des erforderlichen Pflegepersonals vom Staate übernommen und geleitet wird. Die durch Verordnung vom 2. November 1898 neu erlassene und ergänzte Königlich sächsische Pflegerordnung für die Landesheil- und -Pflegeanstalten u. s. w. enthält darüber nachstehende Bestimmungen:

## I. Theil.

### Ausbildungs- und Anstellungsverhältnisse beim Pflegerdienste.

### § 1. Pflegereinrichtung überhaupt.

1. Einführung der Pflegereinrichtung. Bei den Landesheil- und -Pfleganstalten und den Landes-Erziehungsanstalten für Blinde, für schwachsinnige und für sittlich gefährdete Kinder ist an Stelle des früheren Wärterdienstes seit dem Jahre 1888 der auf besondere Vor- und Ausbildung gegründete Pflegerdienst getreten.
2. Pflegerhäuser. Die Ausbildung für den Pflegerdienst erfolgt in den Pflegerhäusern, von denen das für männliche Personen bei der Anstalt Hochweitzschen, das für weibliche bei der Anstalt Hubertusberg errichtet ist. Jedes der beiden Pflegerhäuser ist einem Geistlichen als Vorstand unterstellt. Jedem Pflegerhause ist ein Arzt der Anstalt beigeordnet, welchem die Vertretung der ärztlichen Interessen der Anstalten an der Auswahl und Ausbildung der Pfleger und als Arzt des Pflegerhauses die Ertheilung des ärztlichen Unterrichts in demselben und die ärztliche Berathung des Vorstandes obliegt. Auch werden im Bedarfsfalle jedem Pflegerhause die weiter erforderlichen Lehrkräfte beigegeben. Die Lehrpläne werden mit Genehmigung des Ministeriums des Innern festgestellt. Jedes Pflegerhaus ist zugleich zur gemeinschaftlichen Heimstätte für alle bei ihm Ausgebildeten bestimmt. Die Vorstände der Pflegerhäuser sind in ihrer dienstlichen Stellung als solche den Vorständen der Anstalten gleichgeordnet. Die Pflegerhäuser und die Anstalten haben

die gemeinschaftliche Aufgabe, durch einheitliches Zusammenwirken ein tüchtiges Pflegerpersonal zu gewinnen und zu erhalten. Angelegenheiten, die das Geschäftsbereich sowohl der Anstalt als des Pflegerhauses berühren, sind von den Vorständen beider Bereiche durch gegenseitige Vernehmung zu erledigen. 3. Pflegerschaft. Die im Pflegerdienste der Anstalten angestellten Pfleger und Oberpfleger bilden die Pflegerschaft. Ueber die Aufnahme in die Pflegerschaft zu vergleichen § 4[2]. Ausscheiden aus dem Anstaltsdienste hat zugleich die Entlassung aus der Pflegerschaft zur Folge. Die Zugehörigkeit zur Pflegerschaft bezweckt den Zusammenhang der in den Pflegerhäusern ausgebildeten Pfleger zu erhalten und berechtigt zum Besuche des Pflegerhauses sowie zur Theilnahme an dessen Festlichkeiten. Die Beziehungen der in den Ruhestand versetzten Pfleger zu den Pflegerhäusern in geeigneter Weise zu unterhalten liegt den Pflegerhausvorständen ob. Insbesondere sind letztere ermächtigt, sie auch zum Besuche des Pflegerhauses und zur Theilnahme an dessen Feierlichkeiten zuzulassen. 5. Pflegerheime. Bei denjenigen Anstalten, wo die Pflegerhäuser sich nicht befinden, bestehen für männliche und für weibliche Pfleger getrennte Pflegerheime. Die Pflegerheime haben den Zweck a) dem Pflegerpersonale in dienstfreier Zeit zum Aufenthalte zu dienen, b) durch ihre Einrichtungen dem Pflegerpersonale die Möglichkeit zur Erholung von den dienstlichen Anstrengungen sowie Anregung zur Fortbildung zu gewähren, c) für die Fortbildung der Hülfspfleger, nach Befinden durch Ertheilung von Unterrichtsstunden zu sorgen. Vorsteher der Pflegerheime ist in der Regel der Anstaltsgeistliche oder, wo ein solcher nicht angestellt ist, der mit der Seelsorge beauftragte Geistliche. Sind mehrere Geistliche bei einer Anstalt angestellt, so ernennt das Ministerium des Innern aus ihnen den Vorsteher der Pflegerheime. Stellvertreter des Vorstehers ist bei den Anstalten, wo nicht mehrere Geistliche vorhanden sind, der Anstaltskatechet und wenn mehrere Geistliche angestellt sind, ein vom Ministerium aus diesen zu bestimmender Geistlicher. Bei den Anstalten, wo ein Katechet nicht angestellt ist, wird vom Ministerium des Innern ein anderer geeigneter Beamter mit der Stellvertretung beauftragt. Im Uebrigen bleibt dem Ministerium des Innern für besondere Fälle vorbehalten, in Abweichung von der erwähnten Regel einen Pflegerheimvorsteher oder einen Stellvertreter zu bestimmen. Die Leitung der Pflegerheime erfolgt durch die Vorsteher nach den Bestimmungen, die von den Pflegerhausvorständen im allgemeinen Auftrage und unter der Aufsicht des Ministeriums des Innern hierfür aufgestellt werden. Der Pflegerheimvorsteher hat über die Pfleger während dienstfreier Zeit und während Urlaubs Aufsicht zu führen. Die Pflegerhausvorstände haben sich durch Besuche der Pflegerheime davon zu überzeugen, dass die Bestimmungen für die Leitung der letzteren eingehalten werden. Etwaige Anträge in dieser Beziehung sind an das Ministerium des Innern zu richten. Den Pflegerhausvorständen und Pflegerheimvorstehern ist es unbenommen, wegen dieser Bestimmungen sich unmittelbar mit einander zu vernehmen. 5. Klassen der Pfleger. Es bestehen ausser der Ausbildungsklasse für Lehrpfleger drei Dienstklassen und zwar für Hülfspfleger (§ 3), Pfleger (§ 4), Oberpfleger (§ 5). 6. Bezeichnungen. Der Ausdruck Lehrpfleger, Hülfspfleger, Pfleger und Oberpfleger gilt in dieser Pflegerordnung sowohl für männliche als für weibliche Personen. Wo dieselben unterschieden werden sollen, ist dies durch den Zusatz „männlich“ oder „weiblich“ ausgedrückt. 7. Verwendung bei Pflegerhäusern. Pfleger, welche in einem Pflegerhause dienstlich verwendet werden oder sich aufhalten, haben gegen dieses und dessen Beamte dieselben Verpflichtungen, wie die in den Anstalten verwendeten Pfleger gegen diese und deren Beamte. Die Befugnisse und Verpflichtungen der Anstalten gehen solchenfalls auf die Pflegerhäuser über.

8. Anstellungen im Pflegerdienste ohne vorherige Ausbildung in den Pflegerhäusern. Dem Ministerium des Innern bleibt vorbehalten, in besonderen Ausnahmefällen auch Personen, die nicht in den Pflegerhäusern vorgebildet sind, im Pflegerdienste anzustellen.

§ 2. Lehrzeit.

1. Eintritt in das Pflegerhaus. Die Auswahl unter den zum Eintritte in das Pflegerhaus Angemeldeten und deren Annahme als Lehrpfleger erfolgt seitens des Vorstandes des Pflegerhauses nach Gehör des Arztes über die Eignung der Angemeldeten für den Pflegerdienst. Der Arzt hat männliche Personen vollständig körperlich zu untersuchen, weibliche Personen nur insoweit, als dies für die Begutachtung unbedingt nöthig ist und auch dann in rücksichtsvoller Weise und nur in Gegenwart und soweit thunlich unter Vermittelung einer geeigneten Pflegerin. Ehefrauen können ausnahmsweise aufgenommen werden. Solche Ausnahmen bedürfen jedoch der Genehmigung des Ministeriums. Von der Zugehörigkeit zu einer bestimmten christlichen Confession ist die Annahme nicht abhängig zu machen. 2. Verpflichtung. Die in das Pflegerhaus Eintretenden werden bei demselben mittelst Handschlags unter Verweisung auf die ihnen einzuhändigende Pflegerordnung und die sonstigen Dienstvorschriften in Pflicht genommen. Dabei sind sie über die Einrichtungen beim Pflegerdienste zu verständigen. 3. Zweck der Lehrzeit. Während der Lehrzeit wird der Lehrpfleger durch Unterricht und durch Anleitung in der Krankenpflege für den Pflegedienst vorgebildet. 4. Verehelichung. Lehrpflegern wird Verehelichung während der Lehrzeit nicht gestattet. 5. Abgang. Lehrpfleger können jederzeit aus dem Pflegerhause wieder austreten oder aus demselben sofort entlassen werden. Lehrpflegern werden, sobald sie die Absicht auszutreten erklärt haben, oder ihnen die Verfügung ihrer Entlassung eröffnet ist, Baarbezüge nur bis zu der Zeit der Erklärung oder der Eröffnung gewährt.

§ 3. Hülfspfleger.

1. Eintritt in den Hülfsdienst. Verpflichtung. Sobald der Lehrpfleger nach seinen Eigenschaften und seiner Befähigung für den Pflegerdienst als geeignet und die Ausbildung im Dienste einer Anstalt für zweckmässig erachtet wird, hat seine Verwendung als Hülfspfleger bei einer Anstalt einzutreten. Die Verpflichtung erfolgt mittelst Handschlags bei der Anstalt. 2. Fortbildung im Pflegerhause. Soweit die Fortbildung des Hülfspflegers im Pflegerhause für nöthig erachtet wird, ist ihm der Besuch der im Einvernehmen mit der Anstalt zu geeigneter Zeit abzuhaltenden Unterrichtsstunden möglich zu machen. 3. Stellung. Hülfspfleger sind im Sinne des Anstaltsdienstes als im Probedienste für Pflegerstellen verwendete Beamte anzusehen. Für sie gelten daher die Vorschriften für Pfleger im III. und IV. Theile dieser Pflegerordnung in entsprechender Weise. Für Lösung des Dienstverhältnisses ist von dem Hülfspfleger sowie von der Anstalt, von Letzterer mit Ausnahme des Falles sofortiger Entlassung (§ 11, 3), eine einvierteljährige Kündigungsfrist innezuhalten. Pensionsansprüche an die Staatskasse stehen Hülfspflegern nicht zu. 4. Verwendung. Die Verwendung der Hülfspfleger innerhalb der Anstalt nebst Zubehör ist Sache der Anstalt. 5. Verehelichung. Weiblichen Hülfspflegern ist die Verehelichung überhaupt nicht, männlichen in der Regel nicht gestattet. Genehmigung zur Verehelichung männlicher Hülfspfleger, die beim Ministerium des Innern nachzusuchen ist, wird nur bei vorliegenden besonderen Verhältnissen ausnahmsweise und nur dann ertheilt werden, wenn der Hülfspfleger mindestens das 25. Lebebensjahr erfüllt hat und ausreichende Mittel zur Führung

eines Familienhausstandes nachweist. 6. Zurückweisung an das Pflegerhaus. Wird ein Hülfspfleger von der Dienstleistung bei der Anstalt wegen dienstwidrigen Verhaltens oder wegen Unbrauchbarkeit enthoben, so ist er, wenn im ersteren Falle nicht zugleich eine strafrechtliche Vergehung vorliegt und deshalb seine Uebergabe an die Justizbehörde angezeigt erscheint, an das Pflegerhaus zurückzuweisen. Beim Pflegerhause ist alsbald darüber, ob er zu entlassen oder anderwärts als Hülfspfleger zu verwenden ist, Entschliessung zu fassen. Auch hängt es von dem Ermessen beim Pflegerhause ab, ob der Zurückgewiesene thatsächlich dahin zurückzurufen oder ob er unmittelbar vom Pflegerheime aus zu einer anderweiten Verwendung übergehen kann, oder zu entlassen ist. Vom Tage der Zurückweisung an sind ihm bis zur Entlassung oder bis zur anderweiten dienstlichen Verwendung die für Lehrpfleger geordneten Bezüge zu gewähren. Die etwa durch seine Uebersiedelung ins Pflegerhaus erwachsenen Kosten sind ihm zu vergüten. 7. Reife zum Pfleger. Anstellungsanträge. Wenn vom Pflegerhause die Ausbildung eines Hülfspflegers für beendet und derselbe von der Anstalt zur Verwendung als Pfleger für reif erklärt wird, so ist seine Anstellung beim Ministerium mittelst Berichts zu beantragen. Dergleichen Anträge sind von der Anstalt, in deren Dienst der Hülfspfleger sich befindet, und dem Pflegerhausvorstande gemeinschaftlich zu stellen.

## § 4. Pfleger.

1. Voraussetzungen der Anstellung. Die Anstellung als Pfleger setzt voraus, dass eine zu besetzende Stelle zur Verfügung steht, dass der Vorgeschlagene das 21. Altersjahr erfüllt hat, dass er nach ärztlichem Gutachten gesund ist, dass er im Pflegerhause ausgebildet oder mindestens durch einen nach den Umständen zu bemessenden Aufenthalt im Pflegerhause mit dem Geiste und den Einrichtungen des Pflegerdienstes bekannt gemacht worden ist, dass er in der Regel mindestens zwei Jahre als Hülfspfleger Dienst geleistet hat, wobei die Zeit eingerechnet werden kann, während welcher er etwa bei dem Pflegerhause Dienst geleistet hat. Nur bei zweifellos vorliegender ganz besonderer Befähigung für den Pflegerdienst werden Ausnahmen von der vorgeschriebenen Dauer des Hülfsdienstes gemacht werden. 2. Aufnahme in die Pflegerschaft. Verpflichtung. Nach dem Eingange der Anstellungsverordnung hat baldthunlichst die Aufnahme in die Pflegerschaft zu erfolgen, die durch den Vorstand des Pflegerhauses in feierlicher Weise iu der Kirche der Anstalt, bei der das Pflegerhaus sich befindet, vorzunehmen ist. Die ausnahmsweise Bewirkung der Aufnahme in der Kirche der Anstalt, bei der der Pfleger angestellt ist, bedarf der vorherigen Genehmigung des Ministeriums des Innern. Hierauf erfolgt noch vor dem Dienstantritte die Verpflichtung bei der Anstalt nach den bestehenden allgemeinen Vorschriften. 3. Stellung. Die Pfleger sind Unterbeamte der Anstalt und werden vom Ministerium des Innern mit Staatsdienereigenschaft unter Vorbehalt einvierteljähriger Kündigung angestellt. 4. Pensionsansprüche: Die Pfleger haben die durch die Landesgesetze für Staatsdiener bestimmten Pensionsansprüche. Bei weiblichen Pflegern erstrecken sich diese Pensionsansprüche nur auf sie selbst, nicht auf ihre Hinterlassenen. 5. Verehelichung. Verehelichung ist weiblichen Pflegern überhaupt nicht, männlichen nur nach vorher eingeholter Genehmigung des Ministeriums gestattet. Diese Genehmigung wird aber einem männlichen Pfleger nur dann ertheilt werden, wenn derselbe mindestens das fünfundzwanzigste Altersjahr erfüllt hat und, dafern er nicht mindestens der zweiten Gehaltsstufe der Pfleger angehört, den Nachweis genügender Mittel zur Führung eines Familienhausstandes beibringt.

§ 5. Oberpfleger.

1. Voraussetzungen der Anstellung. Die Anstellung als Oberpfleger setzt voraus, dass eine zu besetzende Stelle zur Verfügung steht, dass der Vorgeschlagene mindestens das fünfundzwanzigste Altersjahr erfüllt hat, und dassderselbe für den Pflegerdienst im Allgemeinen vorzüglich befähigt ist und sich bewährt hat, und dass er insbesondere für die mit dem Oberpflegerdienste verbundene Stellung zweifellos sich eignet. Die Stellen der Oberpfleger werden in der Regel durch Aufrücken innerhalb der Pflegerschaft besetzt. In besonderen Fällen hiervon Ausnahmen eintreten zu lassen ist dem Ministerium des Innern vorbehalten. Jedoch erfolgt auch in solchen Ausnahmefällen die Anstellung eines der Pflegerschaft noch nicht Angehörigen erst, nachdem der Anzustellende durch einen nach den Umständen zu bemessenden kürzeren Aufenthalt im Pflegerhause mit dem Geiste und den Einrichtungen des Pflegerdienstes bekannt gemacht worden ist. Die Anstellung erfolgt auf Antrag der Anstalt, die ihrerseits vorher dem Pflegerhausvorstande Gelegenheit zur Begutachtung zu geben und das Gutachten mit dem Berichte dem Ministerium des Innern vorzulegen hat. 2. Stellung. Verpflichtung. Die Oberpfleger werden vom Ministerium mit Staatsdienereigenschaft und mit Vorbehalt einvierteljähriger Kündigung angestellt. Sie sind Unterbeamte. Ihre Verpflichtung erfolgt nach den bestehenden allgemeinen Vorschriften. 3. Pensionsansprüche. Als Staatsdiener haben Oberpfleger die gesetzlichen Pensionsansprüche, und zwar: männliche Oberpfleger für sich und ihre Hinterlassenen, weibliche Oberpfleger nur für ihre Person. 4. Verehelichung. Männlichen Oberpflegern wird die Verehelichung, dafern nicht im einzelnen Falle besondere Bedenken vorliegen, vom Ministerium gestattet werden. Ob weiblichen Oberpflegern diese Genehmigung ausnahmsweise ertheilt werden kann, hängt von den Verhältnissen im einzelnen Falle ab.

§ 6. Baar- und Naturalbezüge. Dienstfolge.

1. Art der Bezüge. Lehrpfleger erhalten freie Verpflegung, sowie ein monatliches Taschengeld zu Bestreitung kleinerer Bedürfnisse und freie Dienstkleidung, sobald das Tragen der letzteren vom Pflegerhausvorstande im einzelnen Falle bestimmt wird. Hilfspfleger und Pfleger erhalten freie Verpflegung und ausserdem Baarbezüge, wovon sie auch die Dienstkleidung zu bestreiten haben. Die freie Verpflegung besteht in freier Kost, freier Wohn- und Schlafstätte für Lehrpfleger im Pflegerhause, für Hilfspfleger und Pfleger bei den Kranken und Zöglingen und in den Pflegerheimen, freier ärztlicher Behandlung und Medicin, sowie freiem Waschen der Wäsche — nach Maassgabe des Regulativs über Naturalbezüge. Oberpfleger erhalten baare Besoldung, von welcher sie die Dienstbekleidung zu bestreiten haben. Im Uebrigen wird ihnen nur freie ärztliche Behandlung und Medicin und — unter den im Regulativ über Naturalbezüge bestimmten Voraussetzungen — freies Waschen der Wäsche, sonst aber keinerlei freie Verpflegung gewährt. Die den Lehrpflegern gewährte freie Kleidung bleibt im Eigenthume des Pflegerhauses und ist an letzteres beim Abgange des Lehrpflegers oder beim Eintritte des Letzteren in den Hilfsdienst zurückzugeben. Auf ihren Antrag kann Lehrpflegern bei ihrem Eintritte in den Hilfsdienst die freie Kleidung, die ihnen in der Lehrzeit gewährt worden ist, für die Hälfte des Anschaffungspreises überlassen werden. 2. Bezugs- und Gehaltsstufen. Es bestehen für die Veranschlagung der freien Kost — die sonstige freie Verpflegung wird nicht veranschlagt —, für die Bezüge der Lehr- und Hilfspfleger und für die Gehaltsstufen der Pfleger und Oberpfleger geordnete Sätze. 3. Dienstfolge. Die Dienstfolge im Pflegerdienste ist eine gemeinsame ohne Unterschied der Anstalt, bei welcher der Einzelne in Verwendung steht, aber eine gesonderte für männliche und für weibliche Beamte."

Ueber die Ausbildung freiwilliger Krankenpfleger wurde zwischen dem Centralcomité vom Rothen Kreuze und dem preussischen Kriegsministerium unter dem 15. November 1887 Folgendes vereinbart und seitens der Militärverwaltung angeordnet: „In den verschiedensten Garnisonlazarethen finden Ausbildungscurse von vierteljährlicher Dauer mit zweimal zweistündigem Unterricht wöchentlich statt, ohne dass die Theilnehmer in den Lazarethen wohnen oder verpflegt werden. Die Anträge sind an die Corpsgeneralärzte der betreffenden Armeecorps zu richten. In dem Cursus wird von einem dazu commandirten Militärarzt oder mehreren Militärärzten theoretisch und practisch unterrichtet. Der practische Unterricht darf auf geeigneten Krankenzimmern stattfinden und das Unterrichtsmaterial aus der Verbandmittelreserve entnommen werden. Auch können Wiederholungscurse stattfinden."

Ueber die Gewinnung von Krankenpflegern und Krankenpflegerinnen unter Mitwirkung der Vereine vom Rothen Kreuz und der Berufsgenossenschaften hat der Erlass der preussischen Minister der Medicinalangelegenheiten, des Innern und des Krieges vom 9. Juli 1897 folgende bemerkenswerthe Directive gegeben:

„Seit einiger Zeit hat sich erfreulicher Weise auf einzelnen Gebieten der den Vereinen vom Rothen Kreuz zufallenden Aufgaben eine regere Thätigkeit entfaltet, was mit um so grösserer Genugthuung begrüsst werden darf, als diese Thätigkeit gerade sich auf ein Feld erstreckt, welches trotz seiner hohen Bedeutung für die Heeresverwaltung nicht genügend entwickelt war, nämlich: auf die Gewinnung eines für die Verwundeten- und Krankenpflege im Kriege geeigneten Hilfspersonals. Nach gewissen Richtungen hin sind diese Bestrebungen durch die Berufsgenossenschaften gefördert worden. Im Interesse der letzteren dürfte es liegen, alle ihre Angehörigen, die durch Unfälle oder sonstige Verletzungen Schaden erlitten haben, möglichst frühzeitig einer sachgemässen Hilfe zuzuführen und sie in ihrer Behandlung zu überwachen; es hat sich daher in der Erkenntniss, dass rechtzeitige richtige Behandlung der Unfallverletzten aus wirthschaftlichen Gründen für die Berufsgenossenschaften ein Erforderniss ist, bereits mehrfach das Bedürfniss bei letzteren herausgestellt, für eigene zweckmässige Einrichtungen Sorge zu tragen, in denen ihren Unfallverletzten die erste Hilfe und die weitere Behandlung sachgemäss zu Theil werden kann. Dieser Erkenntniss verdanken die Unfallstationen und eigenen Krankenanstalten den Berufsgenossenschaften ihre Entstehung. Nun hat sich eine Bewegung dahin geltend gemacht, diese Anstalten, insbesondere die Unfallstationen der Berufsgenossenschaften, im vorgedachten Sinne den Interessen des Rothen Kreuzes nutzbar zu machen, indem für das Personal desselben sich die gewünschte Gelegenheit für eine practische Ausbildung und Vorbereitung zur freiwilligen Kranken- und Verwundetenpflege im Kriege bei den Unfallstationen bietet. Dass diese Anregungen bereits auf fruchtbaren Boden gefallen und practisch ausführbar sind, lassen die abschriftlich beigefügten Rundschreiben des Vorsitzenden des Verbandes der deutschen Berufsgenossenschaften an die Ausführungsbehörden und Berufsgenossenschaften für Danzig und Umgegend vom 30. März vor. Jahres, bezw. die zwischen dem Vorstande der freiwilligen Sanitätscolonne Berlin und dem Curatorium der Berliner Unfallstationen getroffenen Vereinbarungen vom 10. November vor. Jahres erkennen. Auch kommen hierbei die günstigen Ergebnisse in Betracht, welche die VI. Section der Brauerei- und Mälzerei-Berufsgenossenschaft der Benutzung der Berliner Unfallstationen verdankt. Diesen segensreichen Einrichtungen und Bestrebungen, soweit als thunlich, Eingang zu verschaffen und dieselben zum Wohle der Berufsgenossenschaften, sowie der Heeresverwaltung nach jeder Richtung

hin zu fördern, erscheint uns dringend wünschenswerth. — Ew. Excellenz werden daher ergebenst ersucht, an der Erreichung dieser Absichten innerhalb ihres Verwaltungsbereichs beitragen und veranlassen zu wollen, dass auf die Wichtigkeit des Zusammenwirkens der Vereine des Rothen Kreuzes mit den Berufsgenossenschaften zwecks Errichtung von Unfallstationen und Gewinnung von Krankenpflegern und Krankenwärtern für den Kriegsfall allgemein aufmerksam gemacht wird. Hierbei dürften die in den Anlagen enthaltenen Fingerzeige, sowie das in gleicher Angelegenheit ergangene Rundschreiben des Präsidenten des Reichs-Versicherungsamtes an die Vorstände der diesem Amte ausschliesslich unterstellten Berufsgenossenschaften u.s.w. vom 29. v. M. von besonderem Werthe und geeignet sein, Ew. Excellenz die Lösung der gestellten Aufgabe zu erleichtern. Wir behalten uns vor, über die auf fraglichem Gebiete erzielten Ergebnisse z. Z. Bericht von Ew. Excellenz einzufordern."

Das erwähnte Rundschreiben vom 29. Mai 1897 — C.-Bl. No. 1651 — hat folgenden Wortlaut:

„In der Delegirten-Versammlung des vaterländischen Frauenvereins, welche unter dem persönlichen Vorsitze Ihrer Majestät der Kaiserin und Königin am 30. März 1897 stattgefunden hat, gelangte u. A. die Frage zur Erörterung, ob ein Hauptzweig der Friedensthätigkeit des Vereins — die Krankenpflege — durch näheren Anschluss an die Organisation der socialen Gesetzgebung (Kranken-, Unfall-, Invaliden- und Altersversicherung) einer weiteren Entwickelung fähig sei. Es wurde diese Frage namentlich unter Hinweis auf die seitens des vaterländischen Frauenvereins im Landkreise Königsberg i. Pr. gemachten günstigen Erfahrungen, wonach durch 12 über den Kreis vertheilte, mit den Krankenkassen, den Berufsgenossenschaften und der Invaliditäts- und Altersversicherungsanstalt Ost-Preussen in Verbindung stehende Gemeinde-Pflegestationen während des Jahres 1896 theils in den Stationen, theils in ihren Wohnungen zahlreiche leidende Personen angemessene Hilfe fanden, bejaht und zugleich dem Wunsche Ausdruck gegeben, dass auch in anderen Zweigvereinen, wo die örtlichen oder finanziellen Verhältnisse ein gesondertes Vorgehen des Vereins in dieser Richtung erschweren oder verhindern, ein Zusammengehen mit den Organen der staatlichen Arbeiterversicherung auf der Grundlage gemeinsamer Interessen angebahnt werden möchte. Das Reichs-Versicherungsamt hat die vorgedachte Angelegenheit einer eingehenden Prüfung unterworfen und ist dabei zu der Ueberzeugung gelangt, dass ein Zusammenwirken der Berufsgenossenschaften und Invaliditäts- und Altersversicherungsanstalten mit der über ganz Deutschland sich erstreckenden Organisation der Vaterländischen Frauen-Vereine nicht nur gesetzlich zulässig ist, sondern auch — zumal in Verbindung mit der gerade auf diesem Gebiete so wichtigen Thätigkeit der Aerzte — je nach Lage der örtlichen Verhältnisse in hohem Grade segensreich und den Interessen beider Theile förderlich werden kann. Insbesondere erwachsen erfahrungsmässig in ländlichen Bezirken nicht selten dadurch, dass bei Unglücksfällen und Erkrankungen eine sachgemässe Heilbehandlung zu spät eintritt, den Berufsgenossenschaften und Versicherungsanstalten erhebliche Unkosten an Renten etc., welche bei rechtzeitiger Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe und sachverständiger Behandlung durch geeignete Krankenpflegerinnen zu vermeiden gewesen wären. Dazu kommt, dass eine am Orte befindliche, oder aus der Nachbarschaft herbeigerufene Krankenpflegerin die Nothwendigkeit und den Werth ärztlicher Hilfe gegebenenfalls eher erkennt, als andere Personen, und ihrerseits gern dafür sorgt, dass jene Hilfe absolut angerufen wird. Entspricht deshalb die Errichtung von Krankenpflegestationen an sich und vor Allem für die der sofortigen und unausgesetzten ärztlichen Fürsorge weniger zugänglichen ländlichen Bezirke ebensosehr den

Interessen der Berufsgenossenschaften und Versicherungsanstalten, wie denjenigen der ärmeren Volksklassen, deren Noth und Elend der Vaterländische Frauenverein mit grossen — persönlichen und pecuniären — Opfern zu lindern bestrebt ist, so unterliegt die Verwendung von Genossenschafts- oder Anstaltsmitteln zur Unterstützung derartiger Wohlfahrtseinrichtungen nach Maassgabe des vorhandenen Bedürfnisses und unter der Voraussetzung entsprechender Gegenleistungen keinem Bedenken.

Das Reichs-Versicherungsamt ersucht hiernach, indem es die je nach Lage der Verhältnisse im Einzelfalle zu treffenden näheren Vereinbarungen dem dortigen Ermessen überlässt, den Vorstand ergebenst, etwaigen seitens der Verbände, Zweig- oder Hilfsvereine des Vaterländischen Frauenvereins in dieser Hinsicht hervortretenden Wünschen und Vorschlägen mit Wohlwollen zu begegnen und denselben, wo dies angängig, im Einvernehmen auch mit den in Betracht kommenden Krankenkassen und Aerzten eine weitere Folge zu geben."

e) Dienststellung und Einkommen der Pflegepersonen.

In einzelnen Bundesstaaten sind für die Pflegepersonen der Krankenhäuser, welche im Besitz der grossen Stadtgemeinden oder communalen Verbände sind, sowie derjenigen, die aus Staatsmitteln erhalten werden, etatsmässige Stellen eingerichtet. Die Pflegepersonen sind dann pensionsberechtigte Beamte mit auskömmlichem Gehalte und fallen unter den § 174 des Strafgesetz-Buchs (siehe S. 739). Im Allgemeinen jedoch sind weder die Einkommensverhältnisse, noch die dienstlichen Einrichtungen der Pflegepersonen behördlich geregelt. Die entsprechenden Vorschriften der Pflegeordnung für das Königreich Sachsen (siehe S. 926), von denen die das Einkommen betreffenden Bestimmungen schon oben angegeben sind (siehe S. 930), sind folgende:

§ 7. Versetzung, Abordnung, Dienstreisen.

1. Versetzung und zeitweilige Abordnung. Versetzung oder auch nur zeitweilige Abordnung eines Hilfspflegers von einer Anstalt zur anderen, zum Pflegerhause oder umgekehrt ist dem Pflegerhause unter Vernehmung mit den Anstalten überlassen. Die Versetzung vom Pflegerhause oder von der Anstalt, bei der sich dasselbe befindet, an eine andere Anstalt darf jedoch nur unter der Voraussetzung erfolgen, dass der Hilfspfleger des Unterrichts im Pflegerhause nicht mehr oder nur noch wenig bedarf. Die etwa nöthige Nachhilfe ist ihm dann im Pflegerheime der Anstalt, an die er versetzt wird, zu gewähren. Die Versetzung oder zeitweilige Abordnung eines Pflegers oder Oberpflegers an eine andere Anstalt, von einer Anstalt zum Pflegerhause oder umgekehrt ist der Genehmigung des Ministeriums vorbehalten. Bei Versetzungen, die nicht lediglich auf Antrag des Versetzten erfolgen, wird Vergütung der Umzugskosten, Hilfspflegern lediglich für ihre Person, bei zeitweiliger Abordnung Vergütung des Aufwandes wie bei Dienstreisen gewährt. Für beide Fälle ist dem Ministerium des Innern vorbehalten, die Vergütung nach den besonderen Umständen zu bestimmen. 2. Dienstreisen. Bei Reisen in amtlichen Verrichtungen werden Tagegelder und Reisekosten nach den hierüber bestehenden Bestimmungen gewährt. 3. Verwendung bei Aussenabtheilungen oder bei Arbeiten ausserhalb der Anstalt. Verwendung auf einer Aussenabtheilung, die nicht über sieben Kilometer von der Anstalt entfernt ist, oder bei Arbeiten ausserhalb der Anstalt giebt keinen Anspruch auf die für Dienstreisen geordneten Tagegelder oder Reisekosten.

## § 8. Dienstliche Vergünstigungen und Nebenerwerb.

1. Gewährung von Dienstleistungen. Persönliche Dienstleistungen darf das Pflegerpersonal von Kranken und Zöglingen weder unentgeltlich noch gegen Entgeld beanspruchen oder annehmen, insoweit dies nicht von der Anstaltsdirection schriftlich gestattet wird. 2. Bezug aus Anstaltsvorräthen. Ob und inwieweit dem Pflegerpersonale die Befugniss zusteht, Bedürfnisse des etwaigen Haushaltes oder Gegenstände besonderen persönlichen Bedürfnisses aus den Anstaltsvorräthen gegen Bezahlung zu entnehmen, richtet sich nach den Bestimmungen des Regulativs über Naturalbezüge. 3. Nebenerwerb etc. Kein Pfleger (Lehr-, Hülfspfleger, Pfleger, Oberpfleger) darf ohne vorgängige Genehmigung des Ministeriums des Innern eine Nebenbeschäftigung oder Nebenstellung, mag damit ein Erwerb verbunden sein oder nicht, übernehmen oder ein Gewerbe betreiben, noch geschehen lassen, dass von seiner Ehefrau oder von einer anderen, zu seiner Haushaltung gehörigen Person ein Geschäft, zu dessen Betriebe gewerbepolizeiliche Anzeige oder eine besondere Erlaubniss erforderlich ist, betrieben werde. Bei dem etwa genehmigten Gewerbebetriebe seiner Ehefrau oder sonstiger Angehöriger hat er sich jeder Mitwirkung, welche mit seiner Stellung zur Anstalt oder zum Pflegerhause unverträglich ist, zu enthalten. Wer den vorstehenden Verboten zuwiderhandelt, setzt sich der Dienstkündigung aus. Die etwa ertheilten Genehmigungen sind jederzeit widerruflich. An Lehrpfleger werden dergleichen Genehmigungen überhaupt nicht ertheilt werden.

## § 9. Freizeiten und Urlaub.

1. Gewährung von Freizeiten. Die Freizeiten der Lehrpfleger richten sich nach der Tagesordnung des Pflegerhauses, sowie nach der durch ihre Unterweisung und Anleitung zum Pflegerdienste in der Anstalt bedingten Zeiteintheilung. Die Freizeiten der Hülfspfleger und der Pfleger richten sich nach den Dienstverhältnissen der Anstalt, bei welchen dieselben verwendet werden. Es ist aber bei jeder Anstalt dahin Einrichtung zu treffen, dass den Hülfspflegern und Pflegern ausser dem ihnen thunlichst oft zu ermöglichenden Besuche des Gottesdienstes und dem den Hülfspflegern zu gestattenden Besuche der Unterrichtsstunden (§ 3²) regelmässig täglich oder doch mindestens an mehreren Tagen der Woche gewisse Freistunden, von Zeit zu Zeit auch auf halbe Tage sich erstreckende Freizeiten und zeitweise Befreiung vom Nachtdienste durch Eintritt von Stellvertretern gewährt werden können. Bei der Pflege Geisteskranker oder anderer Kranker, sowie sonst bei besonders anstrengendem Dienst sind den einzelnen Hülfspflegern und Pflegern in der Regel allwöchentlich zwei freie Nachmittage oder ein freier Vormittag und ein freier Nachmittag, sowie ausserdem einmal Befreiung vom Nachtdienste zu gewähren. Was von diesen Freizeiten ausnahmsweise aus besonderen Gründen dem Einzelnen in unmittelbarer Aufeinanderfolge gewährt werden kann, hängt vom Ermessen bei der Anstalt im einzelnen Falle ab. Etwaige Wünsche des Pflegerhauses oder Pflegerheims werden dabei thunlichst berücksichtigt werden. 2. Beurlaubung. Urlaubsgesuche dürfen nur mit Vorwissen der nächsten Vorgesetzten bei der Anstalt angebracht werden. Die Anstalt kann Hülfspflegern, Pflegern und Oberpflegern bis zur Dauer von sieben Tagen Urlaub ertheilen. Bei Hülfspflegern ist vor der Ertheilung des Urlaubs der Pflegerheimvorsteher darüber zu befragen, ob etwa von ihm gegen die Beurlaubung Bedenken zu erheben sind. Weiblichen Personen vom Pflegerdienste ist ein siebentägiger Urlaub zum Besuche ihrer Angehörigen oder des Pflegerhauses auf vom letzteren befürwortetes Ansuchen, soweit nicht besondere dienstliche Gründe entgegenstehen, regelmässig alljährlich zu gewähren. Die Zeit

des Urlaubs hängt vom Ermessen des Anstaltsvorstands ab. Urlaub über die Dauer von sieben Tagen hinaus bedarf der vorgängigen Genehmigung des Ministerium des Innern. Jede Ertheilung von Urlaub an Hülfspfleger, Pfleger und Oberpfleger ist von der Anstalt zur Kenntniss des Pflegerheimvorstehers zu bringen. 3. Verbringung von Freizeiten. Freizeiten sind, soweit nicht etwas Anderes gestattet wird, von Unverheiratheten sowie solchen Verheiratheten, deren Familien weder in der Anstalt noch im Umkreise von drei Kilometern von letzterer wohnen, im Bereiche des Pflegerhauses oder Pflegerheims zu verbringen. Oberpfleger sind hiervon nicht ausgenommen. Ausgänge, gemeinsam oder einzeln, aus dem Bereiche des Pflegerhauses oder des Pflegerheims hinaus bedürfen der beim Pflegerhause oder Pflegerheime auch hinsichtlich der Dauer zu ertheilenden Genehmigung. Ob und inwieweit Freizeiten überhaupt ausserhalb des Pflegerhauses oder Pflegerheims und wo sie verbracht werden dürfen, hängt von der Genehmigung beim Pflegerhause oder Pflegerheime ab. Die Nachtzeit ausserhalb des Pflegerhauses oder Pflegerheims zuzubringen, darf mit Ausnahme der Fälle von Beurlaubung in der Regel nur solchen Verheiratheten gestattet werden, welche ihre ausserhalb der Anstalt wohnenden Familien besuchen. Anderen darf es nur ganz ausnahmsweise, aus besonderen Gründen, z. B. zu einem Aufenthalte bei Angehörigen, gestattet werden. 4. Baarbezüge und Kostentschädigung während des Urlaubs. Für die Dauer des Urlaubs werden die Baarbezüge den Beurlaubten fortgewährt, soweit nicht von der Anstellungsbehörde nach § 15 des Staatsdienergesetzes vom 5. März 1835, welche Gesetzesbestimmung auf die ohne Staatsdienereigenschaft Angestellten entsprechend Anwendung leidet, ein Abzug oder eine Einziehung verfügt wird. Dagegen wird Entschädigung für die Kost nur Pflegern gewährt.

### § 10. Dienstbehörde und Disciplinargewalt.

1. Dienstbehörde. Dienstbehörde der Hülfspfleger, der Pfleger und der Oberpfleger ist der Anstaltsvorstand. Für die Dauer der dienstfreien Zeiten und der Beurlaubungen übt über Hülfspfleger, Pfleger und Oberpfleger der Pflegerheimvorsteher im allgemeinen Auftrage des Anstaltsvorstandes die Disciplinargewalt aus. Der Pflegerheimvorsteher hat über jede von ihm verfügte Bestrafung dem Anstaltsvorstande Anzeige zu erstatten. Lehrpfleger stehen unter der Disciplin des Pflegerhausvorstandes. 2. Ordnungs- und Disciplinarstrafen. Gegen Oberpfleger, Pfleger und Hülfspfleger können von den Vorständen der Anstalten und den Vorständen der Pflegerhäuser, von letzteren, soweit solche Personen des Pflegpersonals den Pflegerhäusern zur dienstlichen Verwendung zugetheilt sind, verfügt werden Verweise und Geldstrafen und zwar Geldstrafen nicht nur a) zur Erzwingung versäumter oder verzögerter Dienstgeschäfte (Ordnungsstrafen) bis zur Höhe von 60 Mark, sondern auch b) zur Ahndung pflichtwidrigen Verhaltens (Disciplinarstrafen im engeren Sinne) bis zum Betrage des baaren Dienstbezugs auf einen Monat. Gegen die Verfügung von Verweisen oder Geldstrafen, bei der, auch soweit Nichtstaatsdiener in Frage stehen, nach § 18, Absatz 2 und 3 des Gesetzes, einige Abänderungen der gesetzlichen Bestimmungen über die Verhältnisse der Civilstaatsdiener betreffend, vom 3. Juni 1876, zu verfahren ist, steht dem davon Betroffenen nur Beschwerde an das Ministerium des Innern zu. Verwirkte Geldstrafen werden durch Kürzung vom Baarbezuge zur Anstaltskasse eingezogen. Lehrpfleger werden bei fortgesetztem disciplinwidrigem Verhalten nicht disciplinell bestsaft, sondern aus dem Pflegerhause entlassen. 3. Enthebung von der Dienstleistung. Wenn ein Pfleger oder Oberpfleger einer der in § 11[3] erwähnten Vergehungen sich schuldig gemacht hat und vorläufige Enthebung von

der Dienstleistung angezeigt erscheint, so ist er an das Pflegerheim zu verweisen und von der Anstaltsdirection mit Beschleunigung unter Beifügung der Erörterungsprotokolle und der Akten gutachtliche Anzeige an das Ministerium zu erstatten. 4. Gesuche um Anstellung bei anderen Dienstzweigen. Will sich ein Hülfspfleger, Pfleger oder Oberpfleger um Anstellung bei einem anderen Dienstzweige bewerben, möge Letzterer ebenfalls dem Ministerium des Innern oder einer anderen Behörde unterstellt sein, so hat er das Gesuch beim Anstaltsvorstande einzureichen, der es unter gutachtlicher Aussprache über den Gesuchsteller an das Ministerium des Innern weiterbefördert. Lehrpfleger, welche eine solche Absicht kund geben und eingehender Verständigung ungeachtet dabei beharren, sind ohne Weiteres aus dem Pflegerhause zu entlassen.

### § 11. Folgen pflichtwidriger Dienstleistung.

1. Bestrafung und Schadenersatz. Pflichtwidrigkeiten und Dienstvernachlässigungen ziehen nach Befinden die in § 10[2] erwähnten Strafen nach sich. Erwächst durch Dienstvernachlässigung der Anstalt oder dem Pflegerhause ein in Geldwerth abschätzbarer Schaden, so hat der Schuldige nach dem Ermessen der Dienstbehörde dafür Ersatz zu leisten. Für Schäden, die durch Dienstvernachlässigung oder sonstiges Verschulden Kranken oder Zöglingen zugefügt werden, ist der Schuldige zu vollem Ersatze verpflichtet. Uebrigens hängt es von dem Grade der Verschuldung ab, ob und welche sonstigen Maassregeln gegen den Schuldigen zu ergreifen sind. 2. Kündigung. Die Geltendmachung des vorbehaltenen Kündigungsrechts ist an besondere Gründe nicht gebunden. 3. Entlassung. Hülfspfleger haben Zurückverweisung an das Pflegerhaus und nach Befinden sofortige Entlassung aus Letzterem ohne Kündigung (§ 3[6]), Pfleger und Oberpfleger dagegen Einleitung des Verfahrens auf Entlassung insbesondere dann zu erwarten, wenn sie sich eine der nachstehend aufgeführten Pflichtwidrigkeiten zu Schulden kommen lassen: 1. widersetzliches oder achtungswidriges Betragen gegen Vorgesetzte und überhaupt gegen höher stehende Beamte der Anstalt oder des Pflegerhauses; 2. beharrlichen Ungehorsam gegen Befehle von Vorgesetzten; 3. Verletzung des Dienstgeheimnisses; 4. öffentliches Schmähen staatlicher Einrichtungen oder der Anordnungen von Vorgesetzten; 5. Veruntreuung von Eigenthum der Anstalt, des Pflegerhauses oder der Kranken und Zöglinge; 6. Gefährdung der Anstalt oder einer Zubehörung derselben, des Pflegerhauses oder des Pflegerheims durch unvorsichtiges Gebahren mit Feuer und Licht; 7. Trunkenheit in oder ausser dem Dienste; 8. unerlaubte Annahme von Geschenken in eigener Person oder durch Angehörige; 9. Erleichterung der Entweichung eines Kranken oder Zöglings durch Vernachlässigung von Dienstpflichten; 10. vorschriftswidriges Gebahren mit den anvertrauten Schlüsseln; 11. Schimpfreden gegen Kranke und Zöglinge; 12. Thätlichkeiten gegen Kranke und Zöglinge (ausser dem Falle der Abwehr eines thätlichen Angriffs) oder sonstige Misshandlung eines solchen; 13. Anmassung einer Straf- oder Zwangsgewalt gegen Kranke und Zöglinge; 14. Eingehen von Kauf-, Tausch- oder Borggeschäften mit Kranken und Zöglingen; 15. Gefährdung des Lebens oder der Gesundheit eines Kranken oder Zöglings durch Vernachlässigung von Dienstpflichten; 16. unsittliches Verhalten gegen Kranke und Zöglinge oder in deren Gegenwart, oder Anleitung derselben zu unsittlichen oder überhaupt unerlaubten Handlungen; 17. Gewährung unerlaubter Genüsse an Kranke und Zöglinge; 18. Entwendung oder Veruntreuung der für die Kranken oder Zöglinge bestimmten Nahrungs- und Genussmittel; 19. Gestattung oder Vermittelung unerlaubten persönlichen oder sonstigen Verkehrs der Kranken und Zöglinge; 20. unsittlichen Lebenswandel, durch den öffentliches Aergerniss gegeben

wird, namentlich Umgang mit in üblem Rufe stehenden Personen, Spielsucht; 21. leichtsinniges Aufborgen; 22. unerlaubte Entfernung vom Dienste, sowie wiederholte ungerechtfertigte Ueberschreitung der Freizeit oder des Urlaubs; 23. Verehelichung ohne Genehmigung des Ministeriums; ferner 24. wenn ein Hülfspfleger, Pfleger oder Oberpfleger durch eine vorstehend nicht erwähnte strafbare oder unsittliche Handlung des für seine Dienststellung nothwendigen Vertrauens sich unwürdig gemacht hat; 25. wenn er in Concurs verfallen ist, oder wenn er in ungeordneter Vermögenslage sich befindet und hierdurch das Ansehen beeinträchtigt wird, welches seine dienstliche Stellung erfordert.

## § 12. Dienstkleidung.

1. Tragen der Dienstkleidung. Hülfspfleger, Pfleger, Oberpfleger haben die vorgeschriebene Dienstkleidung zu tragen und zwar auch während dienstfreier Zeit. Für die Lehrpfleger wird die Zeit, von der ab sie die Dienstkleidung zu tragen haben, vom Pflegerhausvorstande bestimmt. Für die Dauer einer Beurlaubung darf auf näher begründetes Gesuch von der Anstaltsdirektion nach Gehör des Pflegerheimvorstehers das Tragen anderer Kleidung gestattet werden. Im Dienst kann das Tragen gewöhnlicher Kleidung bei Ausflügen ausserhalb der Anstalt mit Kranken, deren Verhältnisse diese Rücksichtnahme angezeigt erscheinen lassen, ausnahmsweise vorgeschrieben werden. Es ist dies aber auf einzelne bestimmte Pfleger zu beschränken, damit nicht die Pfleger im Allgemeinen zu Beschaffung anderer als der Pflegerkleidung veranlasst werden. Die näheren Vorschriften über die Einrichtung der Pflegerkleidung sind enthalten in Beilage A. 2. Beschaffung und Unterhaltung. Die Dienstkleidung ist dergestalt zu unterhalten, dass die zum Tragen derselben Verpflichteten darin jederzeit anständig erscheinen. Die Anstalts- und Pflegerhausvorstände sind berechtigt und verpflichtet, die Instandsetzung oder Erneuerung ihrem Zustande nach ungeeigneter Dienstkleidungsstücke anzuordnen und für Befolgung ihrer diesfallsigen Anordnungen Sorge zu tragen. Wer in oder ausser Dienst in vorschriftswidriger Dienstkleidung oder ohne besondere Erlaubniss in anderer als Dienstkleidung betroffen wird, verfällt in Disciplinarstrafe. Die Anfertigung und die Ausbesserung der Dienstkleidungsstücke, soweit Letztere aus eigenen Mitteln des Pflegepersonals zu beschaffen sind, erfolgt bei der Anstalt, wo sich der Hülfspfleger, Pfleger und Oberpfleger befindet, oder in einer dazu bezeichneten Anstalt gegen Bezahlung der Stoffe und der sonstigen bei der Anfertigung oder Ausbesserung erforderlichen Bedarfsgegenstände, im Uebrigen unentgeltlich. Die Beschaffung der Stoffe geschieht, soweit dieselben nicht bei der Anstalt, bei welcher die Anfertigung erfolgt, hergestellt werden, durch Vermittelung der Beamtenwirthschaftskassen, denen deshalb die Hülfspfleger, Pfleger und Oberpfleger beizutreten haben. 3. Veräusserung oder Versetzung. Das Veräussern oder Versetzen von Dienstkleidungsstücken ist verboten. Zuwiderhandlung gegen dies Verbot wird disciplinell bestraft. 4. Verbot für Entlassene. Wer aus der Pflegerschaft entlassen ist, darf die Dienstkleidung nicht mehr tragen. Zuwiderhandelnde haben sich der Strafe zu gewärtigen, die das Gesetz für unbefugtes Tragen einer Uniform, einer Amtskleidung, eines Amtszeichens etc. androht. — Reichsstrafgesetzbuch § 360, 8. 5. Tragen der Dienstkleidung nach Versetzung in den Ruhestand. Pflegern und Oberpflegern, die sich im Dienste besonders bewährt haben, wird bei ihrer Versetzung in den Ruhestand auf Antrag der Anstalt und des Pflegerhauses die Erlaubniss ertheilt werden, auch nach ihrem Ausscheiden aus dem Dienste bei feierlichen Gelegenheiten die Pflegerkleidung zu tragen.

§ 13. Rücklage.

1. Innebehalten der Rücklage. Die Ausbildung für den Pflegerdienst erfolgt unter der Voraussetzung, dass der Aufgenommene in diesem Dienste längere Zeit ausharren und sich bewähren werde. Zu möglichster Sicherstellung dieser Voraussetzung wird vom Beginn des Hülfsdienstes und zwar vom ersten vollen Monate desselben an gerechnet bis zum Ablaufe von fünf Jahren von seinen baaren Monatsbezügen ein bestimmter Betrag innebehalten. Diese Rücklage beträgt jährlich 48 Mark. Jeder Hülfspfleger und Pfleger hat zu Protokoll zu erklären, dass er sich den Bestimmungen über die Rücklagen unterwirft. Wird ein Pfleger innerhalb der fünf Jahre zum Oberpfleger befördert, so erledigt sich von der Zeit der Beförderung ab die Verpflichtung zur Weiterzahlung der Rücklage. Die bereits angesammelte Rücklage wird jedoch noch weiter und bis zum Ablaufe der fünf Jahre innebehalten. 2. Verzinsliche Anlegung der Rücklagen. Die Rücklagen werden nach Schluss eines jeden Kalenderjahres bei der nächsten sicheren Spar- oder ähnlichen Kasse auf ein den Namen des Hülfspflegers oder Pflegers tragendes, aber gesperrtes Einlagebuch angelegt. 3. Ausantwortung der Rücklagen. Die Ausantwortung der Rücklage nebst den aufgelaufenen Zinsen erfolgt mit Ablauf der fünfjährigen Frist, wenn der Pfleger oder Oberpfleger zu dieser Zeit noch im Pflegerdienste steht. Vor Ablauf der fünfjährigen Frist erfolgt die Ausantwortung der Rücklage nur dann, wenn der Hülfspfleger, Pfleger oder Oberpfleger entweder verstirbt, oder zu einem anderen Dienstzweige — Bureau-, Aufsichts- oder Hausdienst — innerhalb des Bereichs der IV. Abtheilung des Ministeriums des Innern, oder in den Ruhestand mit Pension oder pensionsähnlicher Unterstützung versetzt wird. 4. Verfallen der Rücklage. Sollte der Hülfspfleger, Pfleger oder Oberpfleger vor Ausantwortung der Rücklage, sei es auf eigenen Wunsch, sei es auf dem Wege der Kündigung oder Entlassung aus dem Pflegerdienst ausscheiden, so verfällt die Rücklage der Anstaltskasse.

Dienstvorschriften für den Pflegerdienst überhaupt.

§ 14. Dienstleistung im Allgemeinen. 1. Umfang der Dienstleistung. Die Dienstleistung der Pfleger erstreckt sich auf alle die Person der Kranken oder Zöglinge selbst und deren Verpflegung und Aufenthalt betreffenden Verrichtungen. Reinigungsarbeiten an Fussböden, Thüren und Fenstern und ähnliche grobe Arbeiten müssen die Pfleger jedenfalls verstehen, um sie überwachen und die nöthige Anweisung darin geben zu können. Nach dem Ermessen des Anstaltsvorstandes haben sie sich solchen Arbeiten auch selbst zu unterziehen. 2. Allgemeine Pflicht. Die Pfleger haben, wie alle Anstaltsbeamten im Allgemeinen die Pflicht, das Beste der Anstalt und der Kranken oder Zöglinge an ihrem Theile nach Kräften zu fördern. Sie haben deshalb Alles, was Dem hindernd entgegenzutreten geeignet ist, sofern die Abstellung nicht in ihrer eigenen Macht liegt, unverzüglich zur Anzeige zu bringen. Diese Pflicht und die entsprechende Verantwortlichkeit der Pfleger bezieht sich zwar vorzugsweise auf die ihnen anvertrauten Abtheilungen, ist aber nicht auf dieselben allein beschränkt. 3. Verschwiegenheit. Zur allgemeinen Pflicht der Pfleger gehört es auch, dass solche die Anstalt sowie das Pflegerhaus und deren Beamte, ferner Kranke oder Zöglinge und deren Angehörige betreffende Angelegenheiten, welche die Geheimhaltung erfordern, an Niemand, ausser wer sie zu wissen berechtigt ist, offenbart werden dürfen (zu vergl. § 11³ unter 3).

§ 15. Verhalten gegen andere Beamte, gegen mit der Anstalt verkehrende Personen und ausser Dienst.

1. Verhalten gegen Obere. Das gesammte Pflegepersonal ist den vor-

gesetzten oder doch im Dienstrange höher stehenden Beamten der Anstalt und des Pflegerhauses ein ehrerbietiges Verhalten schuldig. 2. Verhalten gegen Gleichgestellte. Das Verhältniss der im Dienstrange Gleichstehenden unter sich soll auf gegenseitige Achtung gegründet sein. Diese wird durch verträglichen Sinn, Dienst- und Friedfertigkeit und gegenseitige Verständigung unterhalten. 3. Verhalten gegen Untergebene. Die Oberpfleger haben den ihnen Untergebenen freundlich zu begegnen und ihnen die erforderlichen Anleitungen zu geben. 4. Verhalten männlicher und weiblicher Pfleger gegen einander. Pfleger verschiedenen Geschlechts sollen mit einander nur, soweit es der Dienst unbedingt erfordert, und solchenfalls nur in wohlanständiger Weise verkehren. Ueberall, wo es sich um Anweisungen des einen Theils, welche dem anderen Theil nöthig erscheinen, handelt, ist die Vermittelung der eigenen Vorgesetzten in Anspruch zu nehmen. 5. Verhalten gegen Besucher der Anstalt etc. Gegen Besucher der Anstalt oder des Pflegerhauses haben die Pfleger ein anständiges und bescheidenes Verhalten zu beobachten. 6. Verhalten ausser Dienst. Auch ausser Dienst soll der Pfleger Alles, was ihn in der Achtung Anderer herabzusetzen geeignet oder doch mit seinem Dienst unverträglich ist, sorgfältig vermeiden. Er soll im häuslichen, wie im bürgerlichen Leben durch gottesfürchtigen, unbescholtenen, sittlichen und ehrenhaften Wandel, durch Achtung vor Gesetz und Obrigkeit und unverbrüchliche Treue gegen den König die Würde seines Berufs wahren. 7. Verhalten gegen Gewerbetreibende. Zu den Gewerbetreibenden, die mit der Anstalt oder dem Pflegerhause in irgend welcher geschäftlichen Verbindung stehen, sowie mit deren Angehörigen und Bediensteten sollen die Pfleger nicht in Beziehungen treten, durch die sie, wenn auch nur dem Scheine nach, in Wiederstreit mit ihren Pflichten gegen die Anstalt oder das Pflegerhaus gebracht werden können. Insbesondere ist ihnen verboten, von denselben Geschenke oder sonstige Vergünstigungen anzunehmen. Auch von denselben irgend etwas zu kaufen ist den Pflegern nur mit Genehmigung der Anstaltsdirection gestattet. 8. Geschenkannahme. Den Pflegern ist verboten, Geschenke von Kranken oder Zöglingen anzunehmen. Geschenke für sie von Angehörigen der Kranken oder Zöglinge oder von Kranken bei deren Entlassung dürfen nur von dem Anstaltsvorstande entgegengenommen werden und fliessen zu der bei jedem Pflegerhause bestehenden Pflegerkasse, welche dem Pflegerhause zu Gewährungen an Pfleger in besonderen Bedarfsfällen zur Verfügung steht. Nur ganz ausnahmsweise darf der Anstaltsvorstand auf ausdrücklichen durch besondere Umstände begründeten Wunsch des Geschenkgebers ein Geschenk für einen bestimmten Pfleger dann annehmen, wenn dabei nach Lage der Sache Bevorzugung des Kranken vor anderen Kranken (wie z. B. bei Pensionären) ausgeschlossen ist.

§ 16. Befolgung der Dienstvorschriften und sonstigen Befehle.

1. Folgeleistung überhaupt. Ausser der gegenwärtigen Pflegerordnung sind beim Pflegerdienst auch die sonst bei der Anstalt bestehenden Vorschriften und die von Vorgesetzten ertheilten Befehle genau zu befolgen. 2. Befehle Vorgesetzter. Die Pfleger sind zunächst den Oberpflegern dienstlich unterstellt und erhalten von diesen die erforderlichen dienstlichen Weisungen. Die Befehle der höheren Vorgesetzten erhalten sie entweder von diesen unmittelbar oder durch die Oberpfleger. Von Befehlen, welche ihnen in Abwesenheit des Oberpflegers unmittelbar ertheilt werden, haben sie den Letzteren alsbald in Kenntniss zu setzen. Gehen ihnen Zweifel über die ihnen ertheilten Befehle bei, so haben sie deshalb Weisung bei dem Oberpfleger einzuholen. 3. Befehlsbuch. Befehle allgemeinen Inhalts werden sowohl in der Anstalt, als im Pflegerhause durch Befehlsbuch bekannt gegeben. 4. Dienst-

leitung in besonderen Fällen. Ueberall, wo Pfleger gemeinsam eine Dienstleitung zu verrichten haben, ohne dass ausdrücklich bestimmt ist, wer die Leitung übernehmen soll, steht diese dem im Dienstrange Ersten zu. Seiner Anordnung haben die übrigen Pfleger Folge zu leisten.

§ 17. Dienstpflicht und Pünktlichkeit im Dienste.

1. Dienstpflicht. Die Pfleger haben, solange sie im Dienste sind, stets auf ihrem Platze zu sein und sich der strengsten Pünktlichkeit bei allen Verrichtungen ihres Berufs zu befleissigen. 2. Uebergabe vor erlaubter Entfernung. Den ihnen überwiesenen Posten dürfen sie in jedem Falle nicht verlassen, bevor sie ihn nebst den zugehörigen Schlüsseln nicht demjenigen Pfleger, welchem vorgeschriebenermaassen ihre Vertretung obliegt, übergeben haben. 3. Behinderung an der Dienstleistung. Ist ein Pfleger durch Erkrankung oder durch sonstige ausserordentliche Umstände an der Dienstleistung behindert, so hat er die Behinderung rechtzeitig dem ihm zunächst vorgesetzten Beamten, oder, wenn ihm ein solcher nicht vorgesetzt ist, dem Anstaltsvorstande unmittelbar zu melden oder melden zu lassen, welcher über die Stellvertretung Bestimmung zu treffen hat. 4. Widerstreit von Dienstpflichten. Sollte im einzelnen Falle ein Widerstreit der Pflichten eines Pflegers eintreten, so hat derselbe die wichtigere Obliegenheit zunächst zu erfüllen. In keinem Falle darf er da fehlen, wo ihm eine besondere Leitung des Dienstes obliegt.

§ 18. Haltung während des Dienstes.

1. Ungehöriger Verkehr. Während der Dienstleistung haben die Pfleger ihre ungetheilte Aufmerksamkeit lediglich dem Dienste zu widmen und deshalb jeden durch den Dienst nicht erforderten Verkehrs mit dritten Personen, einschliesslich ihrer eigenen Angehörigen oder anderer Beamten, sich zu enthalten. 2. Aeussere Haltung. Die Pfleger haben in ihrem Aeussern alles Auffällige, insbesondere auch üble Angewohnheiten in Wort und Geberde, sorgfältig zu vermeiden. 3. Verhalten bei Meldungen etc. Bei mündlichen oder schriftlichen Meldungen, sowie überhaupt in allen dienstlichen Verhältnissen ist eine kurze und bestimmte Ausdrucksweise einzuhalten. 4. Enthaltung von Genüssen. Der Genuss geistiger Getränke, Tabakrauchen und Tabakkauen im Dienste oder in Diensträumen ist verboten. Nur das Rauchen kann für bestimmte Stunden des Tages oder für gewisse Dienstverrichtungen ausdrücklich vom Anstaltsvorstande nachgelassen werden, aber auch dann wird die nöthige Rücksichtnahme auf die Anforderungen der Schicklichkeit und Mässigkeit vorausgesetzt.

§ 19. Verhalten in Fällen besonderer Gefahr.

1. Eintreffen in der Anstalt. In Fällen besonderer Gefahr für die Anstalt oder deren Zubehörungen — Gewitter, Feuer in der Anstalt etc. oder in deren Nähe, Tumult etc. — haben sich alle, auch die ausser Dienst befindlichen Pfleger, einschliesslich der beurlaubten, wenn sie sich am Orte der Anstalt oder der Zubehörung aufhalten, alsbald in der Anstalt oder der Zubehörung einzufinden und zum Dienst anzumelden. 2. Feuer in der Anstalt. Sollte in der Anstalt oder der Zubehörung Feuer ausbrechen, so ist es nächste Pflicht des Pflegerpersonals, auf den Schutz und die Rettung der Kranken und Zöglinge bedacht zu sein. Geistesgegenwart, Muth und Entschlossenheit sind hierbei die hauptsächlichsten Erfordernisse. Ist ein Vorgesetzter zugegen, so ist lediglich dessen Anweisungen nachzugehen. Andernfalls sind die für solche Vorkommnisse im Voraus ertheilten Anweisungen auszuführen oder in dringendem Nothfalle eigene Vorkehrungen zu treffen.

§ 20. Verhalten gegen die Kranken und Zöglinge im Allgemeinen.

1. Aufmerksamkeit auf das persönliche Wohl. Das persönliche Wohl der Kranken und Zöglinge muss Gegenstand besonderer Aufmerksamkeit für das gesammte Pflegerpersonal sein. 2. Vertrauen erweckende Behandlung: Der Pfleger hat sich jederzeit zu erinnern, dass er seiner Pflege anvertraute Fürsorgebedürftige vor sich hat und dass er berufen ist, die Lage der Geistes- oder Körperkranken, Blinden oder sonst Gebrechlichen unter ihnen in jeder zulässigen Weise zu erleichtern und die Anstalt bei Verfolgung ihres Zweckes zu unterstützen. Daher ist es Pflicht des Pflegers, durch sein Verhalten gegen die Kranken und Zöglinge das Seinige dazu beizutragen, dass diese Vertrauen zu der Anstalt gewinnen, an den Aufenthalt in derselben sich baldigst gewöhnen und in die damit unvermeidlich verbundenen Beschränkungen sich gern und willig schicken. Die Person des Kranken oder Zöglings ist mit Theilnahme, Vorsicht und Geduld zu behandeln; mit dem Eigenthume derselben ist auf das Schonendste und Sorgfältigste zu verfahren. 3. Wünsche und Bedürfnisse der Kranken oder Zöglinge sind durch Vermittelung der Oberpfleger zur Kenntniss des Anstaltsvorstandes zu bringen. 4. Vermeidung von Verletzungen und Beleidigungen. Jeder Erwachsene ist mit „Sie“ anzureden und überhaupt in der seiner Stellung in der bürgerlichen Gesellschaft angemessenen Weise zu behandeln. Verletzende Aeusserungen gegen denselben sind unbedingt verboten. 5. Ausschluss jeder Strafbefugniss, Verbot von Bedrohungen und Misshandlungen. Dem Pfleger steht, auch den der Ueberwachung und Leitung Bedürftigen gegenüber, keinerlei an eine Strafgewalt erinnernde Befugniss zu. Er darf daher eigenmächtig nicht Entziehung erlaubter Genüsse oder Annehmlichkeiten in Anwendung bringen oder dergleichen androhen. Aufs Strengste verboten sind Misshandlungen und Thätlichkeiten. 6. Verbot von Kauf-, Tausch- und Borggeschäften. Den Pflegern ist bei Strafe verboten, mit Kranken oder Zöglingen Kauf-, Tausch- und Borggeschäfte einzugehen.

§ 21. Körperlicher und geistiger Zustand der Kranken und Zöglinge.

1. Gefahr und Unglücksfälle: Bei Veränderungen in dem körperlichen oder geistigen Befinden eines Kranken oder Zöglings, die mit dringender Gefahr verbunden scheinen, z. B. bei eintretenden Blutungen, Zuckungen, Urinverhaltung u. s. w., und vor Allem bei vorkommenden Unglücksfällen hat der Pfleger, unbeschadet der nächsten Hülfeleistung, für unverzügliche Meldung an den Oberpfleger und den Arzt besorgt zu sein. 2. Sonstige Wahrnehmungen. Ueberhaupt sind Wahrnehmungen, die den Gesundheitszustand betreffen, z. B. über Unpässlichkeiten oder erhebliche Veränderungen in dem körperlichen oder geistigen Befinden oder Benehmen, dem Arzte, in Kinderanstalten zunächst dem diensthabenden Lehrer, auch unaufgefordert zu melden. Jedenfalls hat der Pfleger den ihm vorgesetzten Oberpfleger von seiner Wahrnehmung thunlichst bald in Kenntniss zu setzen. 3. Befolgung der ärztlichen Vorschriften. Die Pfleger haben die ärztlichen Vorschriften, welche ihnen vom Arzte unmittelbar oder durch die Oberpfleger, im Allgemeinen oder rücksichtlich Einzelner inbetreff der Heilpflege und der Anwendung von Heilmitteln ertheilt werden, gewissenhaft zu befolgen und sich jeder eigenmächtigen Abweichung unbedingt zu enthalten. 4. Arzneien. Die den Kranken verordneten Arzneien sind sicher aufzubewahren und diesen eigenhändig und vorschriftsgemäss zu verabreichen. 5. Verhalten bei Widerwillen gegen Heilmittel. Bei vorkommendem Widerwillen Kranker gegen den Gebrauch der Heilmittel haben sie durch Vorstellung die Ueberwindung

des Widerwillens mit Ausdauer und Geduld zu versuchen. Wird Widerstand geleistet, der in Güte nicht zu überwinden ist, so hat der Pfleger sich jeder gewaltthätigen Nöthigung strengstens zu enthalten, vielmehr den Oberpfleger behufs der Meldung an den Arzt davon in Kenntniss zu setzen. 6. Verhinderung schädlichen Verhaltens. Die Pfleger haben darauf zu sehen, dass die Kranken und Zöglinge ihrer Gesundheit schädlichen Angewöhnungen nicht nachhängen, keine Unmässigkeit in irgend welcher Art begehen, nichts Nachtheiliges zu sich nehmen, keine Selbstbeschädigung verüben.

## § 22. Ordnung und Reinlichkeit.

1. Ueberhaupt. Der strengsten Ordnung und Reinlichkeit hat sich jeder Pfleger zu befleissigen. Innerhalb der ihm übergebenen Räume, sowie in den Sachen und insbesondere dem Anzuge der Kranken oder Zöglinge hat er stets auf Ordnung zu halten. Jede Beschmutzung, wo sie auch sich vorfindet, ist sofort zu beseitigen. 2. Waschen und Ankleiden der Kranken und Zöglinge. Die Pfleger haben darauf zu halten, dass die Kranken und Zöglinge sich unmittelbar, nachdem sie das Bett verlassen haben, waschen uud ankleiden. Bei diesen Geschäften haben sie Diejenigen, bei welchen es sich nöthig macht, sorgsam und hülfreich zu unterstützen. Gleiche Unterstützung haben sie, soweit nöthig, bei sonstigen Reinigungen des Körpers, beim Kämmen, Beschneiden der Nägel und insbesondere bei verordneten Bädern zu gewähren. Sorgfältig ist auf das etwaige Vorhandensein von Ungeziefer zu achten. Vorkommenden Falls ist ungesäumt an den Oberpfleger Anzeige zu erstatten. 3. Kleidung der Kranken und Zöglinge. Kein Kranker und Zögling darf zerrissene Kleider tragen oder sonst unordentlich bekleidet sein. Auf den Unterschied der Kleidung an Sonn- und Festtagen von der an Wochentagen ist zu halten. Schadhafte, aber noch brauchbare Bekleidungsstücke müssen ausgebessert, unbrauchbare durch neue ersetzt werden. Der Pfleger hat den Bedarf ungesäumt anzuzeigen. Auch für gehörige Reinigung der Kleider hat der Pfleger Sorge zu tragen. Soweit Kranke oder Zöglinge nicht ihrerseits dazu fähig, auch andere Hülfskräfte dazu nicht vorhanden sind, hat der Pfleger diesem Geschäft sich selbst zu unterziehen. 4. Wechsel der Wäsche. Er hat ferner für den regelmässigen Wechsel der Leib- und Bettwäsche nach den darüber bestehenden oder im einzelnen Falle ertheilten besonderen Vorschriften zu sorgen. 5. Reinigung der Räume. Jeder Pfleger ist für regelmässige Reinigung der ihm überwiesenen Räume verantwortlich. Er darf hierbei der Hilfe von Kranken oder Zöglingen, die ihm dazu als geeignet bezeichnet werden, sich bedienen.

## § 23. Lüftung und Heizung.

1. Lüftung. Die Pfleger haben dafür zu sorgen, dass die Fenster der Schlafräume am Tage, und die der Wohnzimmer, Säle, wie der Gänge des Nachts und in den Stunden des Tages, wo die Bewohner derselben ausgegangen sind, öfter auch gleichzeitig die Thüren, offen gehalten werden, selbstverständlich unter Berücksichtigung der Jahreszeit und der Witterung. 2. Heizung. In der kalten Jahreszeit haben die Pfleger dafür zu sorgen, dass die Heizung der Wohnräume eine gleichmässige ist, dass weder durch Ueberheizung noch durch Verabsäumung des erforderlichen Wärmemaasses den Bewohnern derselben irgend ein Nachtheil geschieht. Kranke oder Zöglinge dürfen zur Bedienung von Feuerstätten nur mit ausdrücklicher Genehmigung des Anstaltsvorstandes, dafern keinerlei Bedenken dagegen besteht und für diesen Fall auch nicht zur selbstständigen Bedienung, sondern nur zur Beihülfe bei letzterer verwendet werden.

§ 24. Mahlzeiten.

1. Gegenstand der Fürsorge im Allgemeinen. Bei den täglichen Mahlzeiten der Kranken oder Zöglinge haben die Pfleger auf Ordnung und Anstand zu sehen, das Tischgebet zu sprechen, auf andächtige Theilnahme am Tischgebete zu halten, Unmässigkeit zu verhüten, darüber zu wachen, dass weder Brod noch andere Speisen unerlaubter Weise eingesteckt oder sonst gemissbraucht oder Anderen entzogen werden, allen Streitigkeiten oder etwaigem Missbrauche von Messer und Gabel etc. vorzubeugen. 2. Unbeholfene und Nahrungsscheue. Unbeholfenen und namentlich den an Nahrungsscheu Leidenden ist das gehörige Maass an Speise und Trank in hinlänglich gekühltem Zustande mit Geduld und Gewissenhaftigkeit zu verabreichen. Wird die Annahme der Nahrung verweigert, so ist weitere Anweisung einzuholen.

§ 25. Beschäftigung der Kranken und Zöglinge.

1. Arbeiten. Werden Kranke und Zöglinge mit Arbeiten beschäftigt, so hat der Pfleger darauf zu sehen, dass nach Kräften gut gearbeitet wird, ferner den Missbrauch von Arbeitsmaterial und der etwa bei der Arbeit erforderlichen Werkzeuge zu verhüten, auch die letzteren nach davon gemachtem Gebrauche sicher zu verwahren. Im Uebrigen soll er ebenso durch Aufmunterung als, soweit thunlich, durch eigene Theilnahme an der Beschäftigung den Eifer der Kranken und Zöglinge anzuregen suchen, ohne jedoch dieselben zu ihnen nachtheiliger übermässiger Anstrengung zu veranlassen. 2. Unterhaltung und Spiele. Die Förderung der erlaubten Unterhaltungen und Spiele der Kranken und Zöglinge haben die Pfleger nach Möglichkeit sich angelegen sein zu lassen. Sie haben dabei insbesondere etwa eintretenden Störungen vorzubeugen und dieselben zu beseitigen.

§ 26. Spaziergänge.

1. Ueberhaupt. Bei den Spaziergängen der Kranken und Zöglinge hat der Pfleger seine volle Aufmerksamkeit den seiner Obhut Anvertrauten zuzuwenden. Er hat dieselben dabei, soweit es ihr Zustand gestattet zu angemessener Leibesbewegung aufzumuntern. Die thunlichste Schonung aller Einfriedigungen, Pflanzungen, Bänke und sonstigen Anlagen hat er im Auge zu behalten. 2. Ausserhalb der Anstalt. Insbesondere bei Spaziergängen ausserhalb der Anstalt ist Alles zu verhindern, wodurch fremdes Eigenthum oder der öffentliche Anstand verletzt wird, z. B. das Abbrechen von Zweigen, Blumen oder Früchten, Befriedigung natürlicher Bedürfnisse an ungeeigneten Orten und dergleichen. Müssiger Neugierde und zudringlicher Annäherung fremder Personen ist höflich aber bestimmt zu wehren.

§ 27. Verhalten der Kranken und Zöglinge gegen Andere, beim Gottesdienste etc. und Verkehr derselben.

1. Anstand und Friedfertigkeit. In und ausser der Anstalt haben Pfleger darauf zu sehen, dass die Kranken und Zöglinge, soweit dies nach ihrem Zustande möglich ist, a) ein anständiges und gesittetes Verhalten beobachten und nicht durch Lärmen und rohe Auslassungen Aergerniss geben und b) gegen ihre Gefährten duldsam und friedfertig sind. 2. Verkehr. Die Pfleger haben ferner darauf zu sehen, dass seitens der Kranken und Zöglinge kein unerlaubter persönlicher oder schriftlicher Verkehr, insbesondere mit Personen des anderen Geschlechts stattfinde. 3. Zusammenkünfte und Besuche. Bei gestatteten Zusammenkünften von Kranken oder Zöglingen unter sich oder bei Besuchen derselben seitens anderer Personen haben

die Pfleger darauf zu achten, dass nichts Ungehöriges und Vorschriftswidriges vorkomme. 4. Gottesdienstliche Versammlungen. Die Pfleger haben dahin zu wirken, dass diejenigen Kranken, welche an dem öffentlichen Gottesdienste bezw. sonstigen gemeinsamen Andachtsübungen Theil nehmen, pünktlich und in anständigem Anzuge dazu sich einfinden, und dass die Andacht durch Zwischenfälle so wenig als möglich gestört werde. 5. Bestellungen. Ohne Genehmigung des Anstaltsvorstands dürfen die Pfleger keinerlei schriftliche oder mündliche Bestellung weder von dritten Personen an Kranke oder Zöglinge, noch von solchen an dritte Personen ausführen.

### § 28. Sorge für die Sicherheit der Anstalt, der Kranken und der Zöglinge.

1. Stete Aufmerksamkeit. Die Sicherheit der Anstalt und ihrer Zubehörungen, sowie der Kranken oder Zöglinge müssen die Pfleger stets im Auge behalten. 2. Sicherer Verschluss. Die Pfleger sind für den sicheren Verschluss der ihnen überwiesenen Anstaltsräume, insbesondere während der Nachtzeit, verantwortlich. Die ihnen anvertrauten Schlüssel haben sie unter genauer Beobachtung der hierüber in jeder Anstalt speciell zu ertheilenden Vorschrift jederzeit sicher zu verwahren. Sie haben darauf zu sehen, dass die Schlösser, sowie sonstige Sicherheitsvorkehrungen sich immer in ordnungsmässigem Stande befinden. 3. Vorsicht mit Feuer und Licht. Die Pfleger sind ferner für vorsichtiges Gebahren mit Feuer und Licht für sich wie für die ihnen anvertrauten Kranken oder Zöglinge verantwortlich. Tritt eine Feuersgefahr ein, so ist sofort Hülfe herbeizurufen und bis zu deren Eintreffen zur Bekämpfung und Unterdrückung des Brandes zu thun, was nach den Umständen geschehen kann. 4. Verhinderung von Gefährdungen durch Kranke und Zöglinge. Bei den ihrer Ueberwachung Anbefohlenen haben die Pfleger darauf zu sehen, dass keiner derselben irgend etwas der Anstalt oder sich selbst Gefahrbringendes unternehme. Gelangen Vorsätze derselben zur Kenntniss des Pflegers, welche auf Entweichung aus der Anstalt, auf Selbstmord oder auf Gefährdung von Personen oder der Anstalt etc. hinauslaufen, so hat der Pfleger davon unverzüglich Anzeige zu erstatten, gleichzeitig aber Alles, was etwa zur augenblicklichen Ausführung des Anschlags dienen könnte, zu beseitigen. 5. Verwahrung von Geräthen. Geräthschaften irgend welcher Art, die zur Schädigung des Lebens oder der Gesundheit geeignet sind oder zu Entweichungen benutzt werden können, müssen jederzeit so überwacht und beziehentlich verwahrt werden, dass dergleichen verhindert wird.

### § 29. Sorge für das Eigenthum der Anstalt, der Kranken und Zöglinge.

1. Schonende Benutzung. Die Pfleger haben sich schonende Benutzung und Behandlung des Eigenthums der Anstalt nebst Zubehörungen und des Eigenthums der Kranken und Zöglinge angelegen sein zu lassen. Sie haben aber auch darauf zu sehen, dass die Letzteren die ihnen von der Anstalt in Gebrauch gegebenen Kleidungsstücke und sonstigen Sachen, sowie überhaupt das Eigenthum der Anstalt etc. ebenso wie ihr eigenes schonen. 2. Instandsetzungen. Ist es nöthig, etwas in Stand zu setzen, so ist rechtzeitig Anzeige zu erstatten. 3. Verwendung von Materialien. Mit dem Beleuchtungs- und Heizmaterial und sonstigen zur Verwendung gelangenden Materialien haben die Pfleger auf das Wirthschaftlichste umzugehen.

§ 30. Mitwirkung bei der Leichenbestattung.

1. Beihülfe bei der Leichenschau und Leichenöffnung. Bei jeder anstaltsärztlichen Leichenschau und Leichenöffnung haben die Pfleger die erforderliche Hülfe zu leisten. 2. Sonstige Dienstleistungen. Die Pfleger sind ferner zum Beschicken (Reinigen, Barbieren, Ankleiden, Einsargen) der Leichen und zum Gesange bei den Begräbnissen verpflichtet, ingleichen die männlichen Pfleger zum Küster- und Ordnerdienst, zum Tragen der Leichen, zum Kreuzvortragen, zum Tragen von Marschallstäben etc. bei Begräbnissen. Inwieweit von dieser Verpflichtung der Pfleger Gebrauch gemacht wird, hängt davon ab, ob bei der Verrichtung das Eintreten von Anstaltskräften wegen der Unzulänglichkeit des Ortsbegräbnisswesens oder wegen der Selbstständigkeit der Anstalt im Begräbnisswesen oder sonst aus dienstlichen Gründen erforderlich ist. 3. Bezahlung. Für die unter 1 erwähnte Dienstleistung findet eine Bezahlung nicht statt. Für die unter 2 aufgeführten Verrichtungen sind die geordneten Gebühren von Denjenigen, welche den Begräbnissaufwand zu tragen haben, zu der in § 15[8] erwähnten Pflegerkasse zu entrichten.

§ 31. Oberpfleger.

1. Aufgabe. Die Oberpfleger haben dafür zu sorgen, dass die bestehenden Vorschriften und ertheilten Befehle den Pflegern bekannt gegeben und von Letzteren gehörig beachtet werden. 2. Ueberwachung der Pfleger. Die Oberpfleger haben bei aufmerksamer und strenger Ueberwachung der Pfleger in ihrem Dienstbereiche überall, wo es nöthig ist, anleitend und anregend, auch selbstthätig einzugreifen. Mangelhafter Dienstleistung der Pfleger müssen sie zunächst durch entsprechende Verständignng und Weisung abzuhelfen bestrebt sein. Gröbere Vergehungen der Pfleger haben sie auf dem vorgeschriebenen Dienstwege zur Kenntniss des Anstaltsvorstandes zu bringen. Letzteres hat unbedingt dann zu geschehen, wenn ein Pfleger eine der im § 11[3] aufgeführten Pflichtwidrigkeiten sich zu Schulden kommen lässt. 3. Anwesenheit bei den ärztlichen Besuchen. Damit die Oberpfleger von den in Betreff der Kranken und Zöglinge ertheilten ärztlichen Anordnungeu und Weisungen regelmässig Kenntniss erhalten, und um zugleich ihrerseits die erforderliche Auskunft geben zu können, müssen sie bei den ärztlichen Besuchen in den ihnen unterstellten Abtheilungen stets gegenwärtig sein. 4. Anwesenheit bei den Versammlungen der Kranken und Zöglinge. Die Oberpfleger haben zur Ueberwachung des Pflegerdienstes, und um überhaupt ihren Obliegenheiten zu genügen, bei allen Versammlungen der Kranken und Zöglinge der ihnen überwiesenen Stationen, zu den Mahlzeiten, zum Gottesdienste etc. und in den Gärten sich einzufinden. 5. Tägliche Revisionen. Die ihrer Ueberwachung unterstellten Räume, namentlich diejenigen, in denen Kranke oder Zöglinge sich aufhalten, haben die Oberpfleger täglich wiederholten Revisionen zu unterwerfen. Insbesondere haben sie jeden Abend, nachdem die Kranken oder Zöglinge sich zur Ruhe begeben haben, in den ihnen überwiesenen Stationen eine Revision vorzunehmen, um sich zu überzeugen, dass die Sicherheit der Anstalt etc. nirgends gefährdet sei, dass namentlich keine Feuersgefahr vorliege, dass die Pfleger an ihren Plätzen sich befinden und dass überhaupt Alles, was als Regel für die Nachtzeit festgesetzt ist, gehörig beobachtet werde. 6. Sorge für die Sicherheit: Für gute Instandhaltung der Schlösser und sonstigen Sicherheitseinrichtungen, für sorgfältige Ueberwachung der Feuerstätten und feuergefährlicher Gegenstände und für gehörige Verwahrung zum Missbrauche geeigneter Gegenstände sind die Oberpfleger besonders verantwortlich. 7. Meldungen: Ueber die Ergebnisse der ihnen obliegenden Ueberwachung haben die Oberpfleger ihren Vorgesetzten zu den zu diesem Behufe

festgesetzten Stunden regelmässige Meldung zu machen. Aussergewöhnliche Vorkommnisse, welche eine sofortige direktorielle Entschliessung erfordern, sind sofort zur Kenntniss des Anstaltsvorstandes zu bringen.

§ 37. Dienst männlicher Pfleger in Anstalten für weibliche Personen.

Sind bei einer für weibliche Personen bestimmten Anstalt oder Anstaltsabtheilung für gewisse Dienstleistungen männliche Pfleger angestellt, so haben dieselben die Vorschriften gegenwärtiger Pflegerordnung, soweit diese nach der Natur des ihnen angewiesenen Wirkungskreises überhaupt auf sie Anwendung leiden können, ebenfalls zu befolgen. Sie haben jedoch ihre Dienstleistung in denjenigen Räumen, in welchen sich weibliche Kranke oder Zöglinge befinden, oder welche der Ueberwachung weiblicher Oberpfleger unterstellt sind, auf Dasjenige zu beschränken, was ihnen ausdrücklich zur Obliegenheit gemacht ist. Auch dann dürfen sie die Räume, in welchen weibliche Kranke oder Zöglinge sich aufhalten, nur mit Vorwissen der vorgesetzten Oberpflegerin betreten; sie haben dabei Alles für die weiblichen Bewohner dieser Räume Störende und Anstössige zu vermeiden. Der nächtlichen Revisionen in Räumen, in denen weibliche Kranke und Zöglinge oder weibliche Beamte oder Bedienstete sich befinden, haben sie sich unbedingt zu enthalten.

§ 38. Pfleger in Stellungen ausserhalb des regelmässigen Pflegerdienstes.

1. Dienstleistung ohne regelmässigen Pflegerdienst. Diejenigen Pfleger, welchen besondere mit der Obhut über Kranke oder Zöglinge nur ausnahmsweise verbundene Dienstleistungen (z. B. Küchen-, Wasch-, Gärtnerdienst etc.) übertragen sind, haben die in gegenwärtiger Pflegerordnung ertheilten Vorschriften, soweit diese nach der Natur des ihnen angewiesenen Wirkungskreises auf sie Anwendung leiden können, beziehentlich unter der rücksichtlich der Anstalten für weibliche Personen in § 37 bestimmten Beschränkung, ebenfalls zu befolgen. 2. Verwendung ausserhalb des Pflegerdienstes überhaupt. Die Verwendung von Pflegern zu Dienstleistungen, welche zum Pflegerdienste überhaupt nicht gehören (z. B. Nachtwächter-, Boten-, Kutscherdienst), ist ohne Genehmigung des Ministeriums nicht statthaft. Diejenigen Pfleger, rücksichtlich deren eine derartige Verwendung vom Ministerium gestattet worden ist, haben da, wo sie mit Kranken oder Zöglingen in Berührung kommen, die über das Verhalten gegen dieselben in gegenwärtiger Pflegerordnung enthaltenen Vorschriften gleichfalls zu befolgen."

f) Fahrpreisermässigung für das Pflegepersonal. Die Eisenbahnverkehrsordnung vom 26. October 1899 (Der deutsche Eisenbahn-Personen- und Gepäcktarif. Theil I. Verkehrsordnung, nebst allgemeinen Zusatzbestimmungen) bestimmt im § 11, Fahrpreisermässigungen Abschnit V zu milden Zwecken: „A. Im Interesse der öffentlichen Krankenpflege.

1. Den in Deutschland ansässigen Vereinen und Genossenschaften (weltlichen und geistlichen), welche sich statutenmässig in Ausübung freier Liebesthätigkeit der öffentlichen Krankenpflege widmen, wozu auch die Anstalten gehören, welche der Pflege von Fallsüchtigen, sowie von Blöd- und Schwachsinnigen (Idioten) obliegen, wird Fahrpreisermässigung in der Weise gewährt, dass bei Benutzung der III. Wagenklasse aller Züge der Militärfahrpreis (Urlaub), und bei Benutzung der II. Wagenklasse aller Züge der Fahrpreis von Personenzug-Fahrkarten III. Klasse für einfache oder für Hin- und Rückfahrt erhoben wird. 2. Diese Vergünstigung tritt ein bei Reisen: a) zu Revisionszwecken, sowie zu Conferenzen der

Vorstands-Mitglieder; b) zur Ausübung der öffentlichen Krankenpflege und zu anderen Reisen, die durch die Ausübung der öffentlichen Krankenpflege veranlasst sind; c) bei Versetzung von Krankenpflegern und Krankenpflegerinnen; d) zum Gebrauche von Badecuren, zum Besuche von Cur- oder Erholungsorten seitens der Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen. 3. (1) Die Fahrkarten zu ermässigten Preisen werden von den Fahrkarten-Ausgabestellen nur auf Grund der von den Vorständen der betreffenden Anstalten und Zweigniederlassungen nach dem vorgeschriebenen Muster ausgestellten und mit dem Abdrucke des Vereinsstempels versehenen Ausweise, in welchen Name und Stand der Reisenden, Zweck und Ziel der Reise und die zu benutzende Wagenklasse anzugeben sind, verabfolgt. Die Ausweise werden von den Schalterbeamten abgestempelt und den Inhabern zurückgegeben, welche dieselben dem Fahrpersonal auf Verlangen vorzuzeigen haben. (2) Für andere Reisen, namentlich auch für solche, welche von Krankenpflegern auf Ansuchen von Privatpersonen unternommen werden, wird diese Vergünstigung nicht gewährt; ebenso für Reisen, welche zum Zwecke des Eintritts in die der öffentlichen Krankenpflege dienenden Vereine und Genossenschaften oder zur Begleitung kranker Personen unternommen werden. 4. Freigepäck wird nur insoweit gewährt, als solches von den Verwaltungen in ihrem Binnenverkehr allgemein zugestanden ist. 5. Auf Vereine und Genossenschaften, welche nicht in Deutschland ansässig sind, finden diese Bestimmungen nur nach Maassgabe der besonderen Bestimmungen Anwendung.

B. Im Interesse der Magdalenenstifte.

1. Die Fahrpreisermässigungen im Interesse der öffentlichen Krankenpflege werden auch den Vorständen und dem Pflegepersonale der sogenannten Magdalenenstifte, d. h. solcher Vereine und Anstalten, welche sich der Fürsorge für gefallene Frauen und Mädchen widmen, gewährt, und zwar für Reisen: a) zu Revisionszwecken, sowie zu Conferenzen der Vorstands-Mitglieder; b) bei Versetzung des Pflegepersonals; c) zum Gebrauche von Badecuren, zum Besuche von Cur- oder Erholungsorten seitens des Pflegepersonals; ferner d) für die bei der Reise zur Unterbringung gefallener Frauen und Mädchen in einer der bezeichneten Anstalten oder zum Zwecke der Zuführung zu den Eltern beigegebene Begleiterin, sowie zu deren Rückreise nach Ablieferung der Schützlinge am Bestimmungsorte. 2. Im Uebrigen finden die Bestimmungen unter V A Ziffer 3—5 sinngemässe Anwendung."

### g) Zulassung der Pflegepersonen zu dem Apothekerberufe.

In den meisten Bundesstaaten dürfen Krankenhausapotheken (Dispensieranstalten) durch Mitglieder von Krankenpflegegenossenschaften betrieben werden. Die betreffenden Pflegepersonen müssen jedoch zuvor nach geeigneter Vorbildung eine Prüfung über ihre Befähigung zum Betriebe einer Hausapotheke bestanden haben.

In Preussen gründet sich die Zulassung der Pflegepersonen zum Apothekerberuf auf folgenden Ministerial-Erlass vom 2. Juli 1853:

„Der Königlichen Regierung übersende ich hierbei Abschrift (Anlage a) der in Betreff der Befähigung und Prüfung der Diakonissen zur Führung einer Haus-Apotheke, resp. zur Ausübung der niederen Chirurgie unterm 21. April d. J. an die Königliche Regierung zu Düsseldorf erlassenen Verfügung zur Kenntnissnahme und gleichmässigen Nachachtung mit dem Eröffnen, dass die Bestimmungen dieser Verfügung sowohl auf die von evangelischen Diakonissen, als von katholischen barmherzigen Schwestern geleiteten Anstalten anzuwenden sind.

Anlage a.

Der Königlichen Regierung übersende ich hierbei Abschrifteiner Vorstellung der Direction des Rheinisch-Westfälischen Diakonissen-Vereins vom 28. d. J., indem

ich zur Erledigung der darin gemachten Anträge folgendes anordne: I. In Betreff des Umfanges der Kenntnisse, welche von den Diakonissen, die zu Apothekerinnen in der Dispensier-Anstalt eines Krankenhauses bestimmt sind, zu fordern sind. Diese Diakonissen müssen sich aneignen: a) ausreichende Kenntnisse der äusseren Merkmale, sowie der Echtheit und Güte der rohen und der zusammengesetzten, gewöhnlich gebrauchten Arzneistoffe; b) Kenntniss der chemischen Präparate nach ihrem äusseren Aussehen und ihrer Zusammensetzung, ihrer am häufigsten vorkommenden Verfälschungen und Verunreinigungen und der Methode, letztere zu entdecken; c) Kenntniss der giftigen und heftig wirkenden Mittel, insbesondere der sogenannten directen Gifte und der gesetzlichen Bestimmungen über die Aufbewahrung derselben; d) Kenntniss der Art und Weise, wie die einzelnen Arzneistoffe aufzubewahren sind, um sie vor dem Verderben zu schützen; e) Kenntniss der verschiedenen Formen, unter denen die Arzneien dispensirt werden (Pulver, Pillen, Aufgüsse, Abkochungen etc.) und Fertigkeit in Bereitung derselben. Dagegen können von den Diakonissen nicht auch solche Kenntnisse und Fertigkeiten gefordert werden, wie sie zur Anfertigung der in den Apotheken vorräthig zu haltenden Mittel nöthig sind, z. B. der Destillation von Wässern und Spiritus, der Bereitung von Extracten, Tincturen, chemischen Präparaten, Salben, Pflastern u. s. w., weil hierzu nicht allein Vorkenntnisse gehören, welche auch bei sonst gebildeten Diakonissen nicht vorausgesetzt werden dürfen, sondern auch mechanische und chemische Apparate erforderlich sind, die in den Dispensier-Anstalten nicht eingerichtet werden können. Durch diese Bestimmung findet der Antrag der Direction des Rheinisch-Westfälischen Diakonissen-Vereins wegen der Erlaubniss zur Bereitung gewisser Arzneien in den Dispensier-Anstalten seine Erledigung. II. In Betreff des Unterrichts der zu Apothekerinnen bestimmten Diakonissen setze ich folgendes fest: Der Unterricht in den ad I. genannten Gegenständen ist durch einen approbirten und dazu geeigneten Apotheker in seiner Officin zu ertheilen. Die Wahl dieses Apothekers bleibt der Direction überlassen, doch hat dieselbe vor dem Anfange des Unterrichts von der getroffenen Wahl der für die Prüfung der Diakonissen zu bestellenden Prüfungs-Commission Anzeige zu machen und deren Genehmigung einzuholen. Nach beendigtem Unterricht in der Apotheke übt die Diakonisse noch einige Zeit hindurch die erlangten Fertigkeiten in der Dispensir-Anstalt des Krankenhauses unter Aufsicht und Anleitung der Apothekerin. III. In Betreff der Prüfung der Apothekerinnen bestimme ich: Für diese Prüfung wird eine besondere, aus einem Kreis-Physicus und einem Apotheker bestehende Commission in Düsseldorf niedergesetzt. Bei dieser Commission ist die zu prüfende Diakonisse unter Einreichung ihres Lehrzeugnisses anzumelden und die Bestimmung wegen des Prüfungs-Termins einzuholen. Die Gebühren für diese Prüfung setze ich auf 2 Thaler hierdurch fest."

Ferner auf den Ministerial-Erlass vom 4. Oktober 1853.

„Der Königlichen Regierung eröffne ich auf deren Bericht vom . . ., dass ich mit Rücksicht auf die Begünstigungen, welche in mehreren Fällen den barmherzigen Schwestern in Betreff ihrer Ausbildung zur Verwaltung von Dispensir-Anstalten zu theil geworden sind, es für ebenso gerechtfertigt als unbedenklich erachte, den Anträgen in der abschriftlich angeschlossenen Eingabe der Direction des Rheinisch-Westfälischen Diakonissen-Vereins vom . . . . hinsichtlich der in den Anstalten zu Kaiserswerth gebildeten Diakonissen stattzugeben.

Ich modificire daher hinsichtlich dieser Diakonissen meinen Erlass vom 21. April d. J. dahin, dass es zu II. einer Genehmigung der Wahl des Apothekers, bei

welchem eine Diakonisse die Apothekerkunst erlernen soll, seitens der Prüfungs-Commission nicht bedarf, dass vielmehr die Anzeige von dieser Wahl genügt und der Prüfungs-Commission überlassen bleibt, die Angemessenheit der Wahl zu prüfen und, falls Bedenken sich dagegen ergeben, die Anstalts-Direction zu einer anderen Wahl zu veranlassen u. s. w."

Ferner auf den Erlass vom 7. November 1859.

„Unter den in dem Bericht der Königlichen Regierung vom . . . angezeigten Umständen nehme ich keinen Anstand, dem Gesuche des Visitator provincialis der Klöster der barmherzigen Brüder in Schlesien um Uebertragung des Dispensirens der Medikamente in der Dispensir-Anstalt des Hospitals bei dem Convente zu N. an ein hierzu qualificirtes Mitglied des Ordens der barmherzigen Brüder, meine Genehmigung zu ertheilen. Was den seitens des betreffenden barmherzigen Bruders zu führenden Nachweis seiner Qualification zum Dispensiren von Arzneien betrifft, so erscheint es gerechtfertigt, dass derselbe mindestens den Anforderungen der dieserhalb in Beziehung auf die Nonnenklöster und evangelischen Diakonissen-Anstalten erlassenen Instruktion vom 21. April 1853 entspreche, wogegen an einen in einer öffentlichen Apotheke zum Pharmaceuten vollständig ausgebildeten barmherzigen Bruder allerdings höhere Ansprüche zu stellen sein würden.

Der Königlichen Regierung überlasse ich hiernach, hinsichtlich der Prüfung des Frater N. zu N. mit Anhalt an die Bestimmungen der genannten Instruktion das Erforderliche anzuordnen."

Den Gemeindeschwestern in Preussen, die an Orten ohne Apotheke ansässig sind, kann in Folge des Ministerial-Erlasses vom 9. Februar 1895 durch den zuständigen Regierungs-Präsidenten die landespolizeiliche Erlaubniss ertheilt werden, gewisse Arzneimittel und Arzneibereitungen in der Krankenpflege abzugeben unter der Bedingung, dass der Bezug jener Arzneimittel stets aus der nächstgelegenen Apotheke und die Abgabe an unbemittelte Kranke stets unentgeltlich geschieht. Die Erlaubniss ist widerruflich und an die pünktliche Einhaltung der Ertheilungsbedingungen geknüpft. Als Beispiel für eine derartige Erlaubnissertheilung sei die Verfügung des Königlichen Regierungs-Präsidenten in Danzig vom 8. Februar 1899 angeführt:

„Auf die dortigen Anträge genehmige ich, dass die Gemeindeschwestern des Westpreussischen Mutterhauses von denjenigen Arzneibereitungen, Drogen und chemischen Präparaten, welche den Apotheken zur Abgabe vorbehalten sind, die in dem anliegenden Verzeichnisse aufgeführten Heilmittel innerhalb des Regierungsbezirks Danzig vorräthig halten und unentgeltlich an notorisch unbemittelte Kranke nach Maassgabe der im Verzeichnisse aufgeführten näheren Bedingungen abgeben dürfen, jedoch nur unter der Voraussetzung, dass die Arzneimittel wie die Arzneibereitungen aus der nächsten Apotheke bezogen werden. Die eigenhändige Herstellung von Arzneien und von Mischungen, Lösungen, Pulvern, Salben, Theeaufgüssen oder anderen den Apothekern vorbehaltenen Zubereitungen auch aus solchen Stoffen, deren Abgabe in rohem, ungetheiltem und unverarbeitetem Zustande frei steht, bleibt auch den Gemeindeschwestern wie Jedermann zur Abgabe an Andere verboten. Diese Genehmigung ist widerruflich und würde zurückgezogen werden müssen, falls die Bestimmungen nicht inngehalten würden. Auch würden die Gemeindeschwestern durch derartige Zuwiderhandlungen sich einer Bestrafung nach § 367 Ziffer 3 des Strafgesetzbuchs aussetzen. Sollten dort weitergehende Wünsche bestehen, so stelle ich deren Vorbringung in detaillirter, begründeter Weise anheim. Soweit die Gemeindeschwestern grössere Vorräthe von Arzneimitteln vorräthig halten, wird darauf hinzuwirken sein, dass diese nicht in Papierbeuteln oder Lein-

wandsäckchen frei umherliegen, sondern in haltbaren, dicht schliessenden, deutlich und dauerhaft bezeichneten Gefässen aufbewahrt werden, welche womöglich in einem verschliessbaren Schranke aufzustellen sind. Bestimmt vorzuschreiben ist solches für die im anliegenden Verzeichnisse aufgeführten Mittel, von denen Aqua carbolisata, Carbolwasser (No. 2), abgesondert für sich aufzubewahren ist. Bezüglich der Abgabegefässe sind auch seitens der Gemeindeschwestern die Bestimmungen des Ministerial-Erlasses vom 22. Juni 1896 zu beachten, wonach die für den inneren Gebrauch bestimmten flüssigen Arzneien in runden Gläsern mit weissen Etiquetten, die zum äusseren Gebrauch bestimmten jedoch in sechseckigen, an drei Flächen gerippten Gläsern mit rothen Etiquetten abzugeben sind.

Verzeichniss derjenigen Heilmittel und Arzneizubereitungen, welche, obwohl sie im Allgemeinen der Abgabe durch die Apotheken vorbehalten sind, von den Gemeindeschwestern aus dem westpreussischen Diakonissenkrankenhause zu Danzig vorräthig gehalten und an notorisch unbemittelte Kranke unentgeltlich abgegeben werden dürfen: 1. Aqua Calcariae, Kalkwasser. 2. Aqua carbolisata, Carbolwasser (3 pCt.) [nur zum äusseren Gebrauch, nicht aber zu hydropathischen Umschlägen]. 3. Aqua Plumbi, Bleiwasser. 4. Chininum hydrochloricum, salzsaures Chinin, in abgetheilten Pulvern zu je 0,25 g (nur auf Anordnung des Arztes abzugeben). 5. Emplastrum Cantharidum ordinarium, spanisch Fliegenpflaster (nur auf Anordnung des Arztes abzugeben). 6. Emplastrum Cantharidum perpetuum, Zugpflaster. 7. Mixtura acidi hydrochlorici 1 pCt. (1 : 99 destillirtes Wasser). 8. Mixtura solvens (5 g Ammoniumchlorid, 20 g Succus Liquiritiae, 175 g destillirtes Wasser). 9. Mixtura sulfurica acida, Hallersches Sauer, als Zusatz zum kühlenden Getränk. 10. Pulvis Liquiritiae compositus, Brustpulver. 11. Pulvis Magnesiae cum Rheo, Kinderpulver. 12. Tinctura amara, bittere Tinktur. 13. Tinctura Chinae composita, zusammengesetzte Chinatinktur. 14. Tinctura Valerianae aetherea, ätherische Baldriantinktur. 15. Unguentum basilicum, Königssalbe (nur auf Anordnung des Arztes)."

Ueber die Zulassung, Ausbildung und Prüfung von Krankenpflegerinnen auf dem Gebiete der Apothekerkunst bestimmt die Hamburger Apotheken-Betriebsordnung vom 27. März 1897 Folgendes:

„§ 64. Die Ausbildung von Pflegeschwestern in der Receptirkunst erfolgt in einer der staatlichen Hamburger Krankenhausapotheken. Es werden nur Pflegeschwestern zugelassen, welche 1. einem Verbande angehören, dessen Mitglieder sich in der Regel lebenslänglich mit der Krankenpflege beschäftigen, 2. von dem Vorstande einer Hamburgischen Krankenanstalt der Behörde vorgeschlagen werden, 3. körperlich und geistig zu der fraglichen Thätigkeit geeignet und über 25 Jahre alt sind. Der Verwaltungsphysikus entscheidet nach Anhörung des Assessors für Pharmacie, ob die Schwester zugelassen werden soll. Von der Zulassung wird das Krankenhauscollegium in Kenntniss gesetzt, welches seinerseits die Einberufung der Schülerin zum Unterricht veranlasst. Die Schülerin hat mindestens für die Dauer eines halben Jahres in der Krankenhausapotheke, der sie überwiesen ist, einen praktischen Cursus in der Receptirkunst, soweit dieselbe für sie erforderlich ist, durchzumachen. Sie hat sich ferner mit den für ihre Thätigkeit in Betracht kommenden Bestimmungen des Arzneibuches und denen des Apothekenbetriebes vertraut und mit den Grundlehren der Physik beziehungsweise des metrischen Maass- und Gewichtssystems, der Waage und des Thermometers bekannt zu machen. Auch hat sie die gebräuchlichsten vegetabilischen Drogen im Ganzen und im grob zerkleinerten

Zustande kennen zu lernen, und zwar nach ihrer deutschen wie nach ihrer lateinischen Benennung. Desgleichen hat dieselbe sich in dem Erkennen der gebräuchlichsten chemisch-pharmaceutischen Präparate nach dem Aussehen zu üben und muss bei einander ähnlichen Präparaten wie Kal. bromat. und Kal. jodat., Magnesium sulf. und Zinc. sulf. u. s. w. die chemischen Reactionen zu ihrer Unterscheidung kennen lernen. § 65. Nach halbjähriger Vorbereitung kann die Pflegeschwester sich unter Beifügung eines von dem Oberapotheker, unter dessen Aufsicht sie gearbeitet hat, ausgestellten Zeugnisses über ihre Beschäftigung schriftlich auf dem Medicinalbureau zur Prüfung melden. § 66. Die Prüfung wird von dem Verwaltungsphysikus als Vorsitzenden und dem Assessor für Pharmacie erhalten. Dieselbe ist an keinen Termin gebunden; Gebühren für dieselbe werden nicht erhoben. Sie zerfällt in: a) praktische Prüfung. Dieselbe findet beim Assessor für Pharmacie statt. Die Candidatin hat bei der Prüfung drei Recepte, deren Anfertigung in den Rahmen ihrer Thätigkeit gehört, zu lesen und vorschriftsmässig anzufertigen; b) mündliche Prüfung: Dieselbe findet auf dem Medicinalbüreau statt. In derselben hat die Candidatin: 1. die ihr vorgelegten Fragen über die Gesetzeskunde, soweit dieselbe für sie in Betracht kommt, und 2. die ihr vorgelegten Fragen über die von ihr zu verlangenden Grundlehren der Physik (§ 64) zu beantworten; 3. sechs (6) der gebräuchlichsten vegetabilischen Drogen im Ganzen oder im grob zerkleinerten Zustande zu erkennen und deren deutsche und lateinische Benennung anzugeben. In b 1 prüft der Verwaltungsphysikus, in b 2—4 der Assessor für Pharmacie. § 67. Nachdem die Pflegeschwester die Prüfung bestanden hat, wird dem Vorstande der Anstalt, für welche dieselbe ausgebildet worden ist, Mittheilung gemacht, dass er befugt sei, dieselbe mit der Dispensirung von Arzneien gemäss § 60 zu betrauen. § 68. Besteht die Pflegeschwester die Prüfung nicht, so kann sie sich nach einem halben Jahre noch einmal zur Prüfung melden. Eine mehr als einmalige Wiederholung der Prüfung ist nicht zulässig."

Die Bremische Apotheken-Betriebsordnung vom 6. Oktober 1899 bestimmt Folgendes: „§ 54. Ueber die Ausbildung und Prüfung der Apothekerinnen gelten folgende Vorschriften: 1. Der Unterricht ist den zu Apothekerinnen bestimmten Pflegeschwestern von einem approbirten hiesigen Apotheker und zwar sowohl theoretisch als praktisch zu ertheilen, sofern nicht durch beglaubigte Zeugnisse der Nachweis der anderweitig erfolgten Ausbildung beigebracht wurde. II. Die Zulassung von Pflegeschwestern zur Prüfung ist von ihnen durch Vermittelung des dirigirenden Arztes des betreffenden Krankenhauses unter Einreichung des Lehrzeugnisses bei der Medicinalcommission zu beantragen. III. Die von der Medicinalcommission gestattete Prüfung wird durch die dem Gesundheitsrath angehörenden Mitglieder der für die Prüfung von Apothekergehülfen für das Bremische Staatsgebiet bestehenden Commission in einem von diesen dazu anberaumten Termine unentgeltlich vorgenommen. Ueber das Ergebniss der Prüfung wird von der Prüfungscommission der geprüften Pflegeschwester auf ihren Wunsch ein Zeugniss ausgehändigt. IV. In dieser Prüfung hat die zu prüfende Pflegeschwester nachzuweisen, dass sie sich angeeignet hat: 1. Ausreichende Kenntnisse der äusseren Merkmale sowie der Echtheit und Güte der rohen und der zusammengesetzten gewöhnlich gebrauchten Arzneistoffe. 2. Kenntniss der Maximaldosen der Arzneimittel und deren Zusammensetzung, sowie der hierauf bezüglichen Vorschriften. 3. Kenntniss der chemischen Präparate nach ihrem äusseren Ansehen und ihrer Zusammensetzung. 4. Kenntniss der giftigen und heftig wirkenden Mittel, insbesondere der sogenannten directen Gifte, und der gesetzlichen Bestimmungen über die Aufbewahrung derselben. 5. Kenntniss

der Art und Weise, wie die einzelnen Mittel aufzubewahren sind, um sie vor dem Verderben zu schützen. 6. Ausreichende praktische Fertigkeit in der Bereitung von Arzneien. Zu diesem Zwecke hat die Examinandin drei Recepte von verschiedenen gebräuchlichen Arzneiformen zu lesen und die Arzneien danach anzufertigen. V. Nach bestandener Prüfung hat die Pflegeschwester vor ihrer Zulassung als Apothekerin in der Dispensiranstalt eines Krankenhauses ihre Beeidigung bei der Medicinalcommission zu beantragen."

h) Eine kostenlose Desinfection des Krankenpflegepersonals findet bisher nur in Hamburg und nur dann statt, wenn die Desinfection durch behördliche Anordnung oder in Gemässheit der bestehenden Bestimmungen erfolgen muss. Maassgebend ist das folgende Rundschreiben des Medicinalcollegiums an die Aerzte vom 22. Mai 1895, bezw. die nachstehende Bekanntmachung vom 16. Mai 1895: „Unter Bezugnahme auf die nachstehend abgedruckte Bekanntmachung des Medicinalcollegiums vom 16. d. Mts. werden die Herren Aerzte ergebenst ersucht, auch Ihrerseits darauf hinwirken zu wollen, dass Heildiener, Privat-Krankenpfleger und -Pflegerinnen, Wärter und Wärterinnen, welche mit ansteckenden Krankheitsfällen zu thun gehabt haben, eventuell auch Angehörige von Kranken, beim Aufhören der Pflege sich alsbald mit den Kleidern, die sie im Krankenzimmer getragen haben, einer Desinfection und zwar thunlichst in der staatlichen Desinfectionsanstalt unterziehen. Betreffs der Hebammen ist das Erforderliche bereits unter dem 25. October 1894 angeordnet worden.

Bekanntmachung.

Nach der Bekanntmachung E. H. Senats vom 13. Juni 1894, betreffend den Gebührenentwurf für die öffentlichen Desinfectionsanstalten, sind von der Zahlung der Gebühren alle diejenigen Fälle frei, in welchen die Desinfection auf behördliche Anordnung erfolgt. Diese Bestimmung kann auch auf Hebammen, Heildiener, Privat-Krankenpfleger und -Pflegerinnen, Wärter und Wärterinnen, sowie auf die Angehörigen von Kranken Anwendung finden. Die behördliche Anordnung der Desinfection erfolgt auf Antrag im Medicinal-Bureau, dem Antrage ist eine ärztliche Bescheinigung über den Krankheitsfall beizufügen. Hamburg, 16. Mai 1895.

Das Medicinal-Collegium.

i) Schutz der Schwesterntracht.

Die bei den Mitgliedern der Krankenpflegerinnengenossenschaften gebräuchliche besondere Tracht, die Schwesterntracht, ist nicht ausdrücklich durch die Landesbehörde vorgeschrieben oder sanctionirt, daher steht sie auch nicht unter dem Schutze des § 360 St.-G.-B., Ziffer 8, siehe S. 743.

Dass aber auch nach Lage der bestehenden Polizeigesetzgebung gegen den Missbrauch der Schwesterntracht oder der Bezeichnung: „Diakonissin", „barmherzige Schwester" eingeschritten werden kann, beweist der Königl. sächsische Ministerial-Erlass vom 3. August 1894, der bestimmt, dass im einzelnen Falle dann, wenn die Führung der Bezeichnung „Schwester" oder „Diakonissin" (Diakonisse), oder die Anlegung der bei den Diakonissen oder bei den Mitgliedern einer anderen festorganisirten sächsischen oder nichtsächsischen Schwesternschaft üblichen Tracht geeignet sei, beim Publikum die irrthümliche Annahme zu erwecken, dass die Betreffende einer solchen Anstalt angehöre, hiergegen eingeschritten und der diesbezüglichen behördlichen Anordnung, soweit nöthig, durch Androhung einer Bestrafung nach Maassgabe von § 2 Ziffer 1 des A.-Gesetzes vom 28. Januar 1885 Nachdruck gegeben werde.

Die Schwestern des Verbandes deutscher Krankenpflegeanstalten

vom Rothen Kreuz, sowie die Schwestern des evangelischen Diakonievereins tragen Verbandzeichen, die unter dem Schutz des Reichsgesetzes über den Musterschutz vom 11. Januar 1876 gestellt sind.

k) Schadenersatz für Unfall durch Krankenpflegepersonen.

Nach dem Urtheil des Reichsgerichts vom 28. October 1887 begründet ein durch das Verhalten eines Krankenwärters in einem Krankenhause verursachter Unfall eines Kranken im Geltungsbereich des Gemeinen Rechts einen Schadenersatzanspruch gegen die Verwaltung resp. den Inhaber des Krankenhauses nur dann, wenn von dem Schadenersatzfordernden nachgewiesen wird, dass in der Anstellung und Beaufsichtigung des betreffenden Krankenwärters und in dessen Auswahl für die Bewachung des verunglückten Kranken fahrlässig gehandelt worden ist.

## 2. Heildiener, Heilgehülfen, Masseure, Badediener (Heildienerinnen, Heilgehülfinnen, Masseurinnen, Badedienerinnen).

a) Allgemeine Bestimmungen:

Die Ausübung der Thätigkeit, durch welche der Arzt oder eine sonstige die Heilkunde ausübende Person durch Handreichungen oder selbstssändige Hülfeleistungen unterstützt wird, ist Jedermann, ebenso wie die Ausübung der niederen Heilkunde, gestattet.

Ueber die Anmeldepflicht gilt das bei den Krankenpflegern und -Pflegerinnen Gesagte (siehe Seite 925). In einzelnen Bundesstaaten (z. B. im Königreich Sachsen, Verordnung vom 29. Juli 1882) und preussischen Regierungsbezirken (z. B. Stralsund, Verordnung vom 30. Mai 1900, § 5) sind die „staatlich geprüften“ Heilgehülfen, Masseure u. s. w., welche zur Ausübung der Heilgehülfenthätigkeit und Massage sich im Regierungsbezirk niederlassen, verpflichtet, sich unter Vorlegung ihres Befähigungszeugnisses und unter Mittheilung der erforderlichen Angaben über ihre persönlichen und Berufsverhältnisse bei dem zuständigen Medicinalbeamten persönlich oder schriftlich zu melden und von einer Wohnsitzveränderung oder Aufgabe der Berufsthätigkeit innerhalb 14 Tagen Anzeige zu erstatten.

b) Erlangung der Bezeichnung „staatlich geprüfter Heilgehülfe, Masseur, Badediener (staatlich geprüfte Heilgehülfin, Masseurin, Badedienerin)“.

Obwohl die Reichsgewerbeordnung die Ausübung der niederen Heilkunde, ebenso wie die der Heilkunde überhaupt, freigegeben hatte, hielten es die Landesregierungen im Interesse der Bevölkerung für geboten, die Einrichtung der staatlich geprüften Wundarzneidiener, Bader oder Heilgehülfen beizubehalten und nach den Anforderungen der Neuzeit zu ergänzen.

In Preussen wurde zuletzt durch Ministerial-Erlass vom 28. Februar 1902 angeordnet, dass die durch den Erlass vom 27. December 1869 vorgeschriebene Prüfung der Heilgehülfen in Zukunft auch auf Massage ausgedehnt und weiblichen Personen offen gehalten werden solle. Personen, die die Prüfung vor dem zuständigen Kreisarzte abgelegt haben, sollen ein Prüfungszeugniss als „staatlich geprüfter Heilgehülfe und Masseur“, „staatlich geprüfte Heilgehülfin und Masseurin“ erhalten. In Folge dessen sind in den verschiedenen Regierungsbezirken entsprechende Verordnungen erlassen. Zur Prüfung wird als Vorbedingung verlangt die Vorlage 1. eines polizeilichen Führungsattestes, 2. einer Bescheinigung über den Wohnsitz, 3. einer

Bescheinigung über eine mindestens sechswöchentliche Ausbildung in der Krankenpflege und in der Massage in einer geeigneten Krankenanstalt (mindestens 50 Betten), oder eines sonst genügenden Ausweises über die erlangte Vorbildung. Die Prüfung erstreckt sich zumeist auf folgende Handleistungen: Aderlassen, Schröpfen, Ansetzen von Blutegeln, Massage, Zahnausziehen (für Heilgehülfen), Katheterisiren beim weiblichen Geschlecht (für Heilgehülfinnen), Setzen von Klystieren, Bereitung und Anlegung von Umschlägen, Zubereitung von Bädern, Uebergiessungen, Abreibungen, Einwickelung von Gliedern, Nothstillungen von Blutungen, Anlegung eines Nothverbandes bei Knochenbrüchen, Anwendung des Rettungsverfahrens bei Unglücksfällen bis zur Ankunft des Arztes, Dienstleistung bei ärztlichen Operationen und Leichenöffnungen, Ausführung des Desinfektionsverfahrens (in Berlin darf dieses, wenn es polizeilich gültig sein soll, jedoch nur durch die städtische Desinfektionsanstalt und deren Beamte ausgeführt werden. Polizei-Verordnung vom 14. Juli 1893). Die Prüfung hat sich auch auf die erforderlichen Kenntnisse über den Bau des menschlichen Körpers zu erstrecken. Sanitätsmannschaften, welche durch ein Zeugniss des vorgesetzten Stabsarztes oder Oberstabsarztes eine fünfjährige active Dienstzeit und die erforderliche Befähigung in der Massage nachweisen, erhalten das Befähigungszeugniss als „geprüfte Heilgehülfen u. s. w.“ ohne jede Prüfung.

Nach dem preussischen Ministerial-Erlass vom 2. August 1870 kann unter ähnlichen Voraussetzungen, wie bei dor Heilgehülfenprüfung, ein Prüfungszeugniss verliehen werden, das zur Führung des Titels „geprüfter Hühneraugenoperateur“ berechtigt.

Nach dem preussischen Ministerial-Erlass vom 18. Oktober 1880 erfolgt die Entziehung der Befugniss, sich „staatlich geprüfter Heilgehülfe u. s. w.“ zu nennen durch die obere Verwaltungsbehörde, den Regierungspräsidenten und nicht nach §§ 53, 54 der Reichsgewerbeordnung (siehe S. 758), da die entsprechenden Prüfungszeugnisse nicht zu den in der Reichsgewerbeordnung aufgeführten Approbationen, Genehmigungen u. s. w. gehören.

Die gleichen oder ähnliche Bestimmungen sind in anderen Bundesstaaten in Geltung, z. B. im Königreich Sachsen durch die Bekanntmachung vom 23. December 1879. Doch werden hier neuerdings geprüfte Heilgehülfen nicht mehr ausgebildet.

In Bayern gelten folgende Vorschriften über die Instrumente und Apparate, die der Bader (Heilgehülfe) zur Ausführung seines Berufs bedarf: 1. Zur Krankenpflege: Thermometer, Klystierspritze, Irrigator, Blutegelgläschen, Aderlasszeug, Schröpfapparat. 2. Behandlung von Wunden und Abscessen: Mehrere chirurgische Messer und Scheeren, Haken-Pincetten, anatomische Pincetten, Sonde, Kornzange, Spatel, Rasiermesser. 3. Zahnbehandlung: Zahnzangen, Zahnreinigungsinstrumente. 4. Verbände: Die in der Baderordnung angegebenen Verbandstoffe und Binden, Schienen aus Holz oder Pappe. 5. Nothhülfe: Gummischlauch zur Blutleere oder eine mit Gummifäden durchwirkte Binde, im Nothfall ein elastischer Hosenträger, eine Aderpresse. Die Arzneistoffe zum äusserlichen und innerlichen Gebrauch, deren Anwendung dem Bader gestattet ist, finden sich in der Baderordnung.

c) Für die einzelnen Verrichtungen haben die staatlich geprüften Heilgehülfen (Heilgehülfinnen) und Masseure (Masseurinnen) entsprechende Gebühren zu fordern, die in den einzelnen Bundesstaaten und preussischen Regierungsbezirken besonders festgesetzt sind.

Im Allgemeinen gilt der Grundsatz, dass die niedrigsten Sätze Anwendung finden, wenn nachweisbar Unbemittelte oder Armenverbände, Staatsfonds, milde Stiftungen, Knappschafts- oder gesetzliche Krankenkassen zur Zahlung verpflichtet sind, und dass im Uebrigen die Höhe der Gebühr innerhalb der festgesetzten Grenzen nach den besonderen Umständen des einzelen Falles, nach der Beschaffenheit und Schwierigkeit der Leistung, der Vermögenslage des Zahlungspflichtigen, der örtlichen Verhältnisse u. s. w. zu bemessen ist:

d) Bezüglich der Arzneiabgabe seitens der niederen Heilpersonen in Preussen siehe Seite 947.

In Bayern ist den approbirten Heilgehülfen (Badern) durch die Königl. Allerhöchste Verordnung vom 31. März 1899, bezw. durch die dazu gehörige im „Gesetz und Verordnungsblatt für das Königreich Bayern" veröffentlichte Ministerial-Bekanntmachung Folgendes gestattet:

„1. Die approbirten Bader dürfen mit Carbolsäure, Borsäure und Salicylsäure präparirte Verbandstoffe, sowie Jodoformgaze anwenden und sich ausserdem zu Verbänden der einprocentigen Lysollösung und der einprocentigen Kreolinlösung bedienen. 2. Von Arzneimitteln dürfen die approbirten Bader Heftpflaster, Bleiwasser, Höllenstein, hypermangansaures Kali, Borlösung, Salmiakgeist, Hoffmann's Tropfen und Theeaufgüsse von Camillen, Malvenblüthen, Hollunderblüthen, Lindenblüthen, Wollblumen und Pfefferminze bei Ausübung ihrer Befugnisse anwenden. 3. Andere Arzneimittel ohne ärztliche Ordination anzuwenden oder abzugeben, ist den Badern verboten; insbesondere ist ihnen verboten: a) Schwefeläther, Chloroform, Luftgas, Amylnitrit und Bromäthyl, sowie andere Mittel zur Hervorrufung einer Narkose; b) Morphium zum innerlichen Gebrauche, wie auch zu Einspritzungen (Injectionen) ohne ärztliche Ordination anzuwenden oder abzugeben. 4. Die Bader müssen die Arzneimittel, deren Abgabe oder Anwendung ihnen zusteht, aus einer Apotheke beziehen. Die Bestimmungen der Bekanntmachung des Königl. Staatsministeriums des Innern vom 28. Juni 1884 treten hiermit ausser Wirksamkeit. Für Arzneimittel, deren Abgabe und Anwendung den Badern gestattet ist, desgleichen für Blutegel, kommt die Arzneitaxe in Ansatz. Die antiseptischen Verbandmittel dürfen mit ihrem Anschaffungspreise nebst 20 pCt. Zuschlag in Aufrechnung gebracht werden.

e) Die in verschiedenen Bundesstaaten den Aerzten zugesicherte Prämie für Wiederbelebungsversuche bei Scheintodten wird auch den staatlich geprüften Heildienern, Heilgehülfen, Masseuren, Badedienern u. s. w. verliehen und zwar in Preussen laut Ministerial-Erlass vom 27. Januar 1871 für erfolgreiche Versuche 30 Mark und für erfolglose Versuche 15 Mark. Dieselben Sätze werden auch in anderen Bundesstaaten, zum Beispiel in Braunschweig, gewährt.

## 3. Hebammen und Wochenpflegerinnen[1]).

### a) Hebammen.

α) Gewerbliche Verhältnisse der Hebammen: Nach § 30 Absatz 3 der Reichsgewerbeordnung (siehe S. 757) bedürfen „Hebammen eines Prüfungszeugnisses der nach den Landesgesetzen zuständigen Behörde". Dieses Prüfungszeugniss gilt nur in den Bundesstaaten, in welchen es ertheilt ist oder da, wo das Landesgesetz das Prüfungszeugniss der betreffenden Behörde anderer Bundesstaaten anerkennt. So bestimmt das Hebammengesetz in Reuss j. L. vom 20. April 1895 (§§ 1, 2), dass zur gewerbsmässigen Ausübung der

1) Vergl. hierzu Rapmund und Dietrich a. a. O. S. 725 ff.

geburtshülflichen Thätigkeit durch weibliche Personen (Hebammen) eine behördliche, nur solchen Hebammen zu ertheilende Genehmigung erforderlich ist, welche ein von einer öffentlichen Hebammen-Lehranstalt des Deutschen Reichs, vor nicht länger als zwei Jahren ausgestelltes Prüfungszeugniss besitzen. Aehnliche Bestimmungen bestehen in denjenigen kleineren Bundesstaaten, in denen eine Hebammen-Lehranstalt nicht vorhanden ist. In den thüringischen Staaten wird das Prüfungszeugniss der Hebammen-Lehranstalt in Jena gefordert. In Schwarzburg-Rudolstadt ist durch § 1 der Hebammenordnung vom 12. October 1894 bestimmt, dass die gewerbliche Ausübung der geburtshülflichen Thätigkeit durch Frauen auch denjenigen Hebammen zusteht, welche ein Prüfungszeugniss von der zuständigen Behörde eines deutschen Bundesstaates erlangt haben.

Da das Prüfungszeugniss die landespolizeiliche Genehmigung zur Ausübung der Hebammenthätigkeit nach § 147 Absatz 1 der Reichsgewerbeordnung (siehe S. 761) darstellt, so kann die Ertheilung desselben, abgesehen von dem Bestehen der Prüfung, von der Erfüllung gewisser sonstiger Bedingungen abhängig gemacht werden, zum Beispiel von dem Nachweis, dass die Hebamme von einer Gemeinde oder einem Hebammenbezirke angestellt worden ist. Indessen wird in Preussen und in den meisten Bundesstaaten den zugelassenen Hebammen das Recht der freien Niederlassung in dem Bereiche des betreffenden Staates unbeschränkt zugestanden, die Einrichtung von Hebammenbezirken ist in einigen dieser Staaten von der Landesregierung den Gemeinden und Gemeindeverbänden unter Hinweis auf den Weg des Vertrags empfohlen, so in Preussen durch § 7 ff. der Allgemeinen Verfügung vom 6. August 1883, in Bayern durch § 3 der Allerhöchsten Verordnung vom 4. Juni 1899 u. s. w.

In dem Königreiche Sachsen sind nach der Verordnung vom 16. November 1897 (bezw. dem Mandat vom 2. April 1818) §§ 7, 8 nur diejenigen Personen berechtigt, die Hebammenkunst auszuüben, welche für einen bestimmten Hebammenbezirk obrigkeitliche Anstellung gefunden haben. Ohne diese dürfen in der Hebammenkunst unterrichtete und landesgesetzlich geprüfte Personen die gewerbliche Hebammenkunst überhaupt nicht ausüben. Der § 3 der sächsischen Verordnung vom 16. November 1897 bestimmt daher auch, dass geprüfte Hebammen, welche innerhalb zwei Jahren nach ihrer Entlassung aus der Hebammenschule als Hebammen nicht angestellt worden sind, sowie solche bereits angestellt gewesene Hebammen, die seit länger als zwei Jahren ihren Beruf nicht ausgeübt haben, unmittelbar vor einer Anstellung oder Wiederanstellung einen mehrwöchentigen praktischen Wiederholungskursus an einer Hebammenschule des Landes zu bestehen haben und nicht eher zur Anstellung zugelassen werden dürfen, bis sie durch ein Zeugniss des Vorstandes der betreffenden Hebammenschule dargelegt haben, dass sie den Wiederholungskursus mit Erfolg vollendet haben.

In Reuss j. L. wird der Beginn der Hebammenthätigkeit abhängig gemacht von einer besonderen Genehmigung des Bezirksausschusses. Der § 5 des Hebammengesetzes vom 20. April 1895 bestimmt — ebenso wie in dem Königreich Sachsen —, dass Hebammen, die ihren Gewerbebetrieb seit länger als zwei Jahren eingestellt haben, vor Wiederaufnahme ihrer Thätigkeit einen mehrwöchentigen Wiederholungscursus an einer öffentlichen Hebammenlehranstalt absolviren und durch ein von dem Direktorium der Anstalt auszustellendes Prüfungszeugniss dem Bezirksarzte nachweisen müssen, dass sie an dem Cursus mit Erfolg theilgenommen haben.

In den Grenzorten der Nachbar-Bundesstaaten dürfen die Hebammen des Heimatsstaates ihren Beruf in gleicher Weise ausüben, wie die Verwaltungsvorschriften des Nachbarstaates es gestatten.

Für diejenigen Hebammen, welche in den Grenzgemeinden des Deutschen

Reichs ihrer Berufsthätigkeit nachgehen, ist die gegenseitige Zulassung zur Ausübung der Praxis durch Staatsverträge gewährleistet, welche das Deutsche Reich mit den Nachbarstaaten: Belgien (Uebereinkunft vom 7. Febr. 1873), Niederlanden (vom 11. September 1873), Luxemburg (vom 4. Juni 1883), Oesterreich-Ungarn (vom 30. September 1882), Schweiz (vom 29. Februar 1884) abgeschlossen hat. Hiernach können die Hebammen ihre Berufsthätigkeit in den Grenzorten des Nachbarstaates ausüben unter der Bedingung, dass sie die in dem Nachbarstaate bezüglich der Ausübung der Hebammenthätigkeit erlassenen Bestimmungen befolgen. Insbesondere sind sie nicht zur Verabreichung von Arzneimitteln an Kranke berechtigt, abgesehen von dem Falle drohender Lebensgefahr.

In Russland, Dänemark und Frankreich, mit denen ein Vertrag noch nicht abgeschlossen ist, können deutsche Hebammen nur dann prakticiren, wenn sie sich die für den Nachbarstaat erforderliche Befähigung erworben haben,

Was das Hebammengewerbe selbst angeht, so hat das Urtheil des Reichsgerichts vom 14. Januar 1887 entschieden, dass durch § 30 Absatz 3 der Reichsgewerbeordnung die gewerbsmässige Ausübung der Geburtshülfe nicht in gleicher Weise wie den männlichen Personen — auch den Personen weiblichen Geschlechts freigegeben sei, sofern nur die Ausübung ohne Beilegung des Titels „Hebamme" in dem Sinne des § 147 Ziffer 3 der Reichsgewerbeordnung (siehe S. 761) erfolgt, sondern dass Frauenspersonen, um der Bestrafung aus § 147 Ziffer 1 zu entgehen, das Gewerbe der Geburtshülfe nur dann betreiben dürfen, wenn sie ein vorschriftsmässiges Prüfungszeugniss erlangt haben — oder mit anderen Worten, dass das Prüfungszeugniss der Hebammen unter die besonderen polizeilichen Genehmigungen (Concession, Approbation, Bestallung) des § 147 Ziffer 1 zu rechnen sei.

Wenn das Urtheil des ehemaligen preussischen Obertribunals vom 9. Jan. 1871 feststellt, dass die Hebammenthätigkeit geschäfts- oder gewerbsmässig dann ausgeübt wird, sobald eine Frauensperson gegen Entgelt in barer Münze oder Geschenken die Geschäfte einer Hebamme verrichtet, so besagt dagegen das Urtheil des Reichsgerichts vom 18. September 1900:

„In den Entscheidungsgründen ist nur angeführt, dass die Angeklagte in ihrem Wohnorte vielfach bei Entbindungen als Hebamme thätig gewesen ist und hierfür, wenn auch ohne ihr Erfordern, bald Naturalien, bald „ein paar Groschen Geld" erhalten hat, sowie — bei Besprechung der Strafzumessungsgründe — dass sie aus Eigennutz gehandelt hat. Dies genügt nicht, um als dargethan zu erachten, dass sie aus der Leistung von Hebammendiensten ein Gewerbe gemacht hat; denn der Begriff „Gewerbe" erfordert eine auf Erzielung von Vermögensvortheilen, das heisst eines Erwerbes, sich richtende Thätigkeit mit der Absicht, dieselbe fortgesetzt, wenn auch nur bei sich bietender Gelegenheit auszuüben."

Die nicht gewerbsmässige Ausübung geburtshülflicher Thätigkeit durch Frauen — den Fall der Noth ausgenommen — ist überall durch Polizeiverordnungen untersagt.

β) Ausbildung der Hebammen: Als Grundlage für die Ertheilung des Prüfungszeugnisses für die Hebammen wird allgemein die Vollendung eines ausreichenden Lehrganges in einer öffentlichen oder dieser gleichgestellten Hebammenlehranstalt gefordert. Die Zulassungsbedingungen zu den Hebammenlehranstalten sind in den Bundesstaaten meist dieselben:

Verlangt wird ein Geburtszeugniss, ein Wiederimpfungszeugniss — in dem Königreich Sachsen auch „ein Schulzeugniss" — und ein von dem zuständigen Medicinalbeamten — Kreis- oder Bezirksarzt — auszustellendes Zulassungs- oder Be-

fähigungszeugniss. Dieses muss bescheinigen, dass die Antragstellerin körperlich (von gesundem, nicht schwächlichem Körperbau und mit ungeschwächten Sinnen, gesunden, gehörig gebildeten, nicht zu starken Händen) und geistig (von gutem natürlichem Verstande und mit den im gewöhnlichen Leben erforderlichen Kenntnissen im Rechnen, sowie über die gesetzlichen Maasse und Gewichte) für den Hebammenberuf wohl befähigt und insbesondere des Lesens und Schreibens kundig ist, das heisst, dass sie geläufig lesen und ein Diktat deutlich und ohne grobe Verstösse gegen die Regeln der Rechtschreibung niederschreiben kann). Schliesslich ist noch ein ortspolizeiliches Leumundszeugniss erforderlich, welches besagen muss, dass die Antragstellerin die erforderliche Zuverlässigkeit in Beziehung auf den Hebammenberuf besitzt, unbescholtenen Rufes ist und insbesondere nicht ausserehelich geboren hat. Ausnahmen von der letzten Bestimmung sind nur zulässig nach sorgfältigster Erörterung aller Verhältnisse und in den meisten Bundesstaaten abhängig von der Genehmigung der Centralinstanz. In Preussen entscheidet hierüber die der Hebammenlehranstalt vorgesetzte Behörde, meist der Landesdirektor (Erlass des Ministerium der Medicinal-Angelegenheiten vom 16. Mai 1884). Die Centralinstanz entscheidet über die Zulassung solcher Personen zur Hebammenprüfung, welche den Nachweis eines anderweiten gleichwerthigen Bildungsganges, sowie des Besitzes der zur Aufnahme in die Hebammenlehranstalt erforderlichen Eigenschaften führen. In Preussen treffen in diesem Falle die Oberpräsidenten des Wohnsitzes der Gesuchsstellerin oder des zukünftigen Niederlassungsortes, wenn es sich um eine Ausländerin handelt, die Entscheidung (Erlass des Ministers der Medicinal-Angelegenheiten vom 3. Oktober 1895 und vom 22. December 1898).

Die Zeit des Unterrichts in der Hebammenlehranstalt ist mit Rücksicht darauf, dass den Einzelstaaten die Feststellung der Vorbedingungen über die Prüfung überlassen worden ist, sehr verschieden:

In Preussen allein schwankt sie zwischen 5 und 9 Monaten, so erfordern Paderborn 5, Magdeburg, Wittenberg und Erfurt 5—6, Gumbinnen, Königsberg, Stettin, Breslau, Greifswald, Berlin, Hannover, Osnabrück, Celle und Marburg 6, Oppeln 7, Frankfurt a. O., Posen, Danzig, Luebben 8, Kiel und Köln 9 Monate.

In den ausserpreussischen Bundesstaaten ist die Differenz noch bedeutender: Die kürzeste Unterrichtszeit hat Blomberg (Fürstenthum Lippe), nämlich 2 Monate, elf Schulen unterrichten nur $3\frac{1}{2}$—$4\frac{1}{2}$ Monate, z. B. Jena nur $3\frac{1}{2}$, Württemberg und Bayern 4, Gotha $4\frac{1}{2}$, Hamburg und fünf andere Staaten 6, Mecklenburg 6—9, Elsass-Lothringen 9 (Strassburg 8) Monate.

In den ausserdeutschen Staaten ist der Unterschied noch erstaunlicher. In Prag währt der Unterricht 4, in Wien 7, in Bern und Kopenhagen 9 Monate, in der Pariser Maternité ein Jahr, in Belgien, Niederlande, Italien und Russland zwei Jahre.

γ) Vorschriften über die Desinfection in der Hebammenpraxis.

Das Königreich Sachsen fordert 5proc. Carbolsäurelösung zur Desinfection der Hände und Geräthschaften, $2\frac{1}{2}$proc. Carbolsäurelösung zur Desinfection der Gebärenden, resp. zu vaginalen Ausspülungen. Preussen, Sachsen-Altenburg, Schwarzburg-Rudolstadt und andere 3proc. Carbolsäurelösung, Hamburg 3 pCt. resp. $1\frac{1}{2}$proc. Carbolsäurelösung oder 1proc. Sysollösung, Reuss j. L. verlangt 5 resp. 2proc. Carbolsäurelösung oder 2 resp. 1proc. Lysollösung. Sachsen-Meiningen 5 und 2proc. Lysollösung, hier ist die Carbollösung ganz aus der Hebammenpraxis verbannt, ebenso in Elsass-Lothringen. Sachsen-Weimar fordert (Erlass vom 18. Juli 1896 § 19) Desinfection der Hände durch Wasser und Seife, danach Abbürsten mit Brennspiritus und im Uebrigen $1\frac{1}{2}$proc. Lysollösung. In Preussen ist später gestattet worden, dass die

Hebamme statt der 3 proc. Carbolsäurelösung eine 1 proc. Lysollösung oder eine 1 proc. Kresolseifenlösung für ihre Hände und zur vaginalen Ausspülung verwenden.

δ) Pflichten der Hebammen bei Ausübung ihres Berufs. Hebammenordnungen, Hebammenlehrbücher.

Für die Pflichten der Hebammen bei Ausübung ihres Berufs sind die überall bestehenden Hebammenordnungen maassgebend. Solche Ordnungen sind: in Preussen: die allgemeine Verfügung und Instruction vom 6. August 1883; in Bayern: die Allerhöchste Verordnung vom 4. Juni 1899; in Sachsen: die Verordnung vom 16. November 1897, in Württemberg: die Anweisung vom 6. Mai 1889, in Baden: die Verordnung vom 5. März 1894; in Schwarzburg-Rudolstadt: die Verordnung vom 12. Oktober 1894; in Reuss j. L.: die Verordnung zum Gesetze vom 20. April 1895, vom 13. Juli 1895; in Lübeck: die Verordnung vom 26. Juli 1899; in Hamburg: die Verordnung vom 29. December 1899 u. s. w.

Als Pflichten sind den Hebammen in fast allen Bundesstaaten auferlegt: Die Anzeige des Gewerbebeginns an den zuständigen Medicinalbeamten (Kreis-, Bezirksarzt u. s. w.) unter Namhaftmachung der Wohnung und persönlicher Vorstellung mit Vorlegung des Prüfungszeugnisses, sämmtlicher Gerätschaften und anderer für den Hebammenberuf nothwendiger Gegenstände, genaue Beachtung der in dem Hebammenlehrbuche oder in besonderen Anweisungen gegebenen Bestimmungen, die Führung eines Tagebuchs, wofür in den meisten Bundesstaaten Vordrucke amtlich gegeben sind, z. B. im Grossherzogthum Hessen durch den Erlass vom 8. December 1898, der Besitz der erforderlichen, in gutem Zustande zu erhaltenden Instrumente und Geräthe, wozu in Preussen auch sterilisirte Wattekugeln gehören, der erforderlichen Desinfectionsmittel (siehe S. 958) und des Hebammenlehrbuchs, die Anzeige eines jeden Falles von Kindbettfieber, sowie eines jeden Todesfalles einer Gebärenden in der Praxis der Hebamme an den zuständigen Medicinalbeamten und die Ablegung einer Nachprüfung vor diesem in bestimmten Zwischenräumen.

Als Hebammenlehrbücher, in denen die gesammte Hebammenkunst und Hebammenthätigkeit für den Unterricht an den Lehranstalten und für den Gebrauch in der Praxis in Regeln zusammengefasst sind und welche als Hebammengesetzbuch gelten, sind in Gebrauch: in Preussen das Lehrbuch vom Jahre 1892, ausgearbeitet von Prof. Dr. Dohrn in Königsberg, in Bayern das von Prof. Dr. Schultze in Jena und von Prof. Fehling-Strassburg, in Württemberg das von Prof. Fehling in Strassburg, im Königreich Sachsen das von Leopold und Zweifel u. s. w.

ε) Beaufsichtigung der Hebammen, ihre Fortbildung, Nachprüfungen und Wiederholungscurse.

Die Hebammen stehen überall unter der Aufsicht des zuständigen Medicinalbeamten, der sie unvermutheten Revisionen zu unterwerfen berechtigt ist. Nur in Sachsen-Altenburg sind praktische Aerzte als Landesgeburtshelfer mit der Hebammenaufsicht betraut. In Mecklenburg-Schwerin sind in der Praxis bewährte Aerzte als Aufsichtsärzte bestellt, welche eine beschränkte Zahl von Hebammen (6—10) zu beaufsichtigen haben und den Medicinalbeamten und der Medicinalcommission unterstellt sind. In Baden wird die Aufsicht ausser durch die Bezirksärzte noch durch besondere Kreis-Oberhebeärzte ausgeübt.

In den Nachprüfungen, deren Abhaltung den aufsichtführenden Medicinalbeamten obliegt, sollen die Hebammen in ihrer Fortbildung gefördert, ihre Kenntnisse controlirt, neue Verordnungen erläutert und zur Pflicht gemacht, sowie die für die Hebammenthätigkeit nothwendigen Instrumente, Gerätschaften und Gebrauchsgegenstände besichtigt werden. In Sachsen, Reuss j. L. und Sachsen-Weimar wird die Nachprüfung vom Ermessen des zuständigen Medicinalbeamten abhängig ge-

macht. In Mecklenburg müssen sich die Hebammen alle halbe Jahre dem Aufsichtsarzt vorstellen und ihre Geburtslisten zur Controle abliefern. In Württemberg, Bayern, Braunschweig, Sachsen-Altenburg etc. werden die Hebammen alljährlich vorgeprüft, in Baden alle zwei Jahre, in Preussen, Schwarzburg-Rudolstadt u. s. w. alle drei Jahre.

Wiederholungscurse werden an den Hebammenlehranstalten abgehalten und haben den Zweck, in einem Zeitraume von 2—3 Wochen, die während der Ausübung der Hebammenthätigkeit abhanden gekommenen Kenntnisse der Hebammen wieder aufzufrischen und nach den Fortschritten der Wissenschaft zu ergänzen. In Preussen sind sie bisher meist nur bei wiederholtem Nichtbestehen der Nachprüfung als eine Strafmaassregel angeordnet worden. In den letzten Jahren hat man in einzelnen Provinzen begonnen, alle älteren Hebammen der Reihe nach einem Wiederholungscursus auf Kosten der Provinzen zu unterziehen, zum Beispiel in Ostpreussen, Hannover, Westfalen, Rheinprovinz, Niederlausitz, wie dies schon in Hessen seit längerer Zeit der Fall ist. Hier werden alle Hebammen nach und nach — und zwar alljährlich theils während der Monate Oktober und November in die Lehranstalt zu Giessen, theils während der Monate April und Mai in die Lehranstalt zu Mainz — zu 8—14tägigen Wiederholungslehrgängen auf Staatskosten eingezogen.

ζ) Das Einkommen der Hebammen, Gebühren.

Das Einkommen der Hebammen setzt sich zusammen aus den Gebühren, welche sie für die einzelnen Verrichtungen ihrer Berufsthätigkeit erhalten. Diese Gebühren sind in fast allen Bundesstaaten durch besondere Gebührenordnungen festgestellt; sie sind in Preussen für die einzelnen Bezirke verschieden, in den anderen Bundesstaaten dagegen für den Bereich des ganzen Landes gleichmässig erlassen. In Hamburg ist eine besondere Gebührenordnung nicht erlassen, die Bezahlung bleibt hier der Vereinbarung überlassen, in streitigen Fällen giebt das Medicinalcollegium auf Verlangen des Gerichts ein Gutachten über die Angemessenheit der geforderten Bezahlung. In den grösseren Städten und einzelnen wohlhabenden Gegenden des platten Landes mangelt es weder an Hebammen, noch diesen an einem genügenden Einkommen aus ihrer Praxis. In vielen Gegenden sind jedoch die Einkünfte der Hebammen in Folge der geringen Anzahl von Geburten, welche der einzelnen Hebamme zufallen und in Folge der Armuth der Bevölkerung so gering, dass die Unterstützung der Hebammen aus öffentlichen Mitteln dringend erforderlich ist, um überhaupt eine genügende Anzahl von Hebammen für die betreffende Gegend zu beschaffen und zu erhalten.

Die meisten Bundesstaaten überlassen diese Versorgung der Hebammen den Gemeinden oder Gemeindeverbänden, Kreisen oder Provinzen. In Folge dessen ist die Besoldung der Hebammen, sowie ihre Versorgung für den Fall der Invalidität oder des Alters meistens unzureichend. Die staatliche Invaliditätsversicherung kann für die Hebammen bis auf Weiteres nur in beschränktem Maasse in Frage kommen. Nach den Entscheidungen des Reichsversicherungsamtes vom 19. September 1891 und vom 25. Januar 1899 sind die Hebammen nicht versicherungspflichtig, sondern als selbständige Gewerbetreibende, welche nicht regelmässig wenigstens einen Gehülfen beschäftigen, nur versicherungsberechtigt. Sie müssen daher als Selbstversicherte noch vor Vollendung des vierzigsten Jahres in die Versicherung eintreten und dürfen nicht schon vorher dauernd erwerbsunfähig gewesen sein. Die Versicherung geschieht in der Lohnklasse zwei, so dass sie im günstigsten Falle eine Altersrente von einhundertfünfunddreissig Mark und eine Invalidenrente von zweihundert Mark (nach dreissigjähriger Zahlung des Beitrags) erhalten. Nur in dem Königreich Sachsen ist die Versorgung der Hebammen allgemein gesetzlich geregelt worden. Auf Grund

des Mandats vom 2. April 1818 und der Verordnung vom 13. Juni 1832 § 2 ff. werden alle Hebammen mit einem festen Gehalt oder garantirtem Einkommen angestellt. Die Zahlungspflichtigen sind die Gemeinden, welche unter Leitung der Obrigkeit den durch Gehalt zu ergänzenden oder zu gewährleistenden nothdürftigen Unterhalt für jede Hebamme feststellen. Freipracticirende Hebammen giebt es demnach in Sachsen nicht, sämmtliche Hebammen sind vielmehr angestellte Bezirkshebammen, welche ausser ihrem durch die Gemeinden des Hebammenbezirkes aufgebrachten Gehalt die Gebühren ihrer Praxis beziehen. Für den Fall, dass eine Hebamme durch Alter oder Invalidität dienstunfähig wird, ist ihr seitens der Gemeinden des Bezirkes nach dem Gesetz vom 20. März 1894 eine Pension bis zum Höchstbetrag von dreihundert Mark (in Dresden bis vierhundert Mark) zu zahlen, deren Höhe nach dem in ihrem Gewerbe während der letzten fünf Jahre vor ihrer Versetzung in den Ruhestand bezogenen Jahreseinkommen bemessen wird. Die hiernach zu gewährende jährliche Pension wird den betheiligten Gemeinden oder Gutsbezirken zur Hälfte, jedoch in keinem Falle mit einem höheren Betrage als von einhundertundfünfzig Mark aus der Staatskasse erstattet. Die sächsischen Einrichtungen haben sich gut bewährt und können als Muster dienen. Die in einigen Bundesstaaten an Aerzte, staatlich geprüfte Heilgehülfen und Heilgehülfinnen u. s. w. (siehe S. 955) zu zahlenden Wiederbelebungsprämien können auch Hebammen gezahlt werden (in Preussen nach dem Ministerial-Erlass vom 20. August 1898). Jedoch begründen Belebungsversuche bei scheintodt geborenen Kindern einen Anspruch auf diese Prämien nicht.

η) Bestrafung pflichtvergessener Hebammen.

Pflichtvergessene Hebammen werden durch den die Aufsicht führenden Medicinalbeamten mit Verweisen, Wiederholung der Nachprüfung, Verbot der Ausübung der Berufsthätigkeit für kürzere Zeit oder durch die Ortspolizeibehörde mit Geldstrafen, Entziehung der Unterstützung, Entfernung aus dem Amte einer Bezirkshebamme und auf ähnliche Weise bestraft. In dem Falle grober Pflichtvergessenheit oder Unfähigkeit der Hebamme hat die Ortspolizeibehörde den Antrag auf Entziehung des Prüfungszeugnisses zu stellen (siehe § 53 Abs. 2 der Reichsgewerbeordnung S. 758).

Ueber die Zurücknahme entscheidet in Preussen nach § 120 des Gesetzes vom 1. August 1883 in erster Instanz der Bezirksausschuss, in zweiter das Oberverwaltungsgericht, in Bayern: die Distriktsverwaltungsbehörde, in zweiter Instanz die Kreisregierung, Kammer des Innern (§ 24² der V. vom 29. März 1892); im Königreich Sachsen: die Kreishauptmannschaft in der durch § 23 des Organisationsgesetzes geordneten kollegialen Zusammensetzung, in zweiter Instanz das Ministerium des Innern (§§ 39 und 19 der A. V. vom 28. März 1892); in Württemberg: die Kreisregierung, wogegen die Beschwerde an den Verwaltungsgerichtshof geht. § 52 der V. vom 9. November 1883, § 8 der Verordnung vom 19. Juni 1873, Artikel 14 und 60 des Gesetzes vom 16. December 1876; in Reuss j. L.: der Bezirksausschuss, welcher nicht das Prüfungszeugniss entzieht, sondern die Genehmigung zur Ausübung der Hebammenthätigkeit zurücknimmt. Die Entziehung des Prüfungszeugnisses ist gerechtfertigt wegen Mangels der bei der Ertheilung vorausgesetzten Eigenschaften, auch der sittlichen (Urtheil des preussischen Oberverwaltungsgerichts vom 2. April 1884), z. B. bei ausserehelicher Schwängerung (Urtheil des Bezirks-Ausschusses in Merseburg vom 1. December 1893), bei Ehebruch (Urtheil des preussischen Oberverwaltungsgerichts vom 21. Januar 1895), ferner, wenn eine Hebamme im Laufe der Jahre durch Krankheiten, Alter etc. diejenigen körperlichen oder geistigen Eigenschaften, also auch Kenntnisse, verloren hat, die bei Ertheilung des Prüfungszeugnisses vorausgesetzt werden mussten, z. B. bei Verkrüppelung der

Finger beider Hände durch Gicht, durch geistige Störung, durch dauernde Unwissenheit (Urtheil des preussischen Oberverwaltungsgerichts vom 7. Februar 1889 und vom 25. Juni 1898). Nicht jedoch erscheint die Zurücknahme gerechtfertigt, wenn sich die Hebamme bei Ausübung ihres Berufes eine ansteckende Krankheit z. B. Syphilis zugezogen hat und in Folge dessen auf Zeit der bei Ertheilung des Prüfungszeugnisses vorausgesetzten Eigenschaften ermangelt (Urtheil des preussischen Oberverwaltungsgerichts vom 8. Februar 1892). Dagegen ist die Entziehung des Prüfungszeugnisses gerechtfertigt bei wiederholter Nichtbefolgung der Vorschriften zur Verhütung des Kindbettfiebers etc., überhaupt gröblicher Verletzung der Berufspflichten (Urtheil des preussischen Oberverwaltungsgerichts vom 16. October 1893 und des Bezirksausschusses in Posen vom 20. Mai 1897).

Ist das Prüfungszeugniss durch rechtskräftigen Beschluss des zuständigen Verwaltungsgerichts entzogen, so kann es in den meisten Bundesstaaten nur durch die Centralinstanz wieder verliehen werden.

b) Wochenpflegerinnen.

Der Erlass des preussischen Ministers der Medicinal-Angelegenheiten vom 22. Juni 1900 spricht sich über die Ausbildung von Wochenbettpflegerinnen und das Zusammenwirken von Aerzten und Hebammen in der geburtshülflichen Praxis folgendermaassen aus: „Die anbei zurückfolgenden Berichte der Regierungspräsidenten zu Aachen, Köln, Koblenz, Düsseldorf und Trier, betr. den Antrag des „Aerztlichen Lesevereins“ in Aachen: für Wochenbettpflegerinnen eine staatliche Ausbildung, Prüfung und Beaufsichtigung einzuführen, haben mir Anlass gegeben, die Wissenschaftliche Deputation für das Medicinalwesen über diese Frage gutachtlich zu hören und die bezüglichen Verhältnisse auch in einigen anderen Regierungsbezirken zu prüfen. Hiernach vermag ich ein allgemeines Bedürfniss für die staatliche Ausbildung von Wochenbettpflegerinnen oder sogen. Erstwärterinnen, welche an Stelle der dazu berufenen Hebammen bei den von den Aerzten übernommenen Geburtsfällen thätig sein sollen, nicht anzuerkennen. Die nach dem Vorschlage des „Aerztlichen Lesevereins“ zu Aachen ausgebildeten und geprüften Wochenbettpflegerinnen würden voraussichtlich bald nichts anderes als einen zweiten, minderwerthigen Hebammenstand darstellen und die Hebammen sowohl in ihrem Ansehen als in ihren Existenzbedingungen auf das Erheblichste schädigen. Dies widerspricht den gesundheitlichen Interessen der Bevölkerung. Es muss daran festgehalten werden, dass die Hebamme die geeignete Gehülfin des Arztes bei seiner geburtshülflichen Thätigkeit ist, und zwar nicht bloss bei den Geburten, wo sein Beistand nothwendig und erfordert wird, sondern auch bei den normal verlaufenden Fällen, in denen der Arzt die Abwartung des gesammten Geburtsverlaufs übernommen hat. Die Hebamme ist vermöge ihrer Vorbildung und praktischen Erfahrung im Stande, falls der Arzt die Kreissende anderer Berufspflichten wegen vorübergehend verlassen muss, gefahrdrohende Ereignisse rechtzeitig zu erkennen und die oft erforderlichen sofortigen Maassnahmen anzuordnen. Ihr Ersatz durch die sogen. Erstwärterinnen kann als ein vollgültiger nach keiner Richtung gelten und birgt unter Umständen eine Gefährdung der Kreissenden in sich, selbst wenn die Pflegerin nebenbei auch etwas vom Geburtsverlaufe, wie der Entwurf vorschlägt, gelernt haben sollte. Die Aerzte haben hiernach alle Veranlassung, auf die Zuziehung von Hebammen bei den von ihnen geleiteten Geburten zu dringen und das unberechtigte Vorurtheil gegen die Hebammen in den Kreisen der Bevölkerung, welche nach Angabe des „Aerztlichen Lesevereins“ zur Zeit von der Zuziehung der Hebammen neben dem Arzte nichts wissen wollen, zu bekämpfen.

Eine Besserung ist in dieser Beziehung neben der Aufklärung des Publikums

auch dann zu erhoffen, wenn der „Aerztliche Leseverein" nach dem Vorgange mehrerer ärztlicher Vereine im Regierungsbezirke Düsseldorf seine Mitglieder verpflichten würde, die Leitung von Geburtsfällen ohne Zuziehung einer Hebamme fernerhin nicht mehr zu übernehmen. Der beklagenswerthen Verdrängung der Hebamme aus den wohlhabenden Familien dürfte alsdann bald ein Ziel gesetzt sein und die Hebamme auch in jenen Kreisen wieder als die sachkundige berufene Helferin angesehen werden, wie sie es sonst überall und anscheinend bisher unbestritten auch dort in der minder wohlhabenden Bevölkerung ist. Das Bedürfniss der Ausbildung von Pflegerinnen für das Wochenbett ist dagegen nicht zu bestreiten. Dasselbe muss anerkannt werden und wird sich voraussichtlich mit dem steigenden Wohlstande der Bevölkerung in erhöhtem Maasse bemerkbar machen. Denn wenn die Pflege der Wöchnerin gewissermaassen auch nur einen Zweig der allgemeinen Krankenpflege darstellt, so hat dieselbe doch so viel Eigenartiges, dass eine besondere Ausbildung als erwünscht und zweckmässig erachtet werden muss. Hierzu kommt, dass neben der Pflege vielfach auch die Stellvertretung in der Leitung des Hausstandes erforderlich wird. Hiernach stellt dieses Gebiet der Krankenpflege mit seinen erhöhten Anforderungen ein segensreiches und dankbares Arbeitsfeld namentlich für Frauen aus den gebildeteren Ständen dar. Es wird daher die Aufmerksamkeit der Frauenvereine, der Zweigvereine des Vaterländischen Frauenvereins oder sonstiger Wohlthätigkeitsvereine, welche sich mit der Krankenpflege befassen, auf die planmässige Inangriffnahme der Ausbildung geeigneter Frauen in der Wochenbettpflege zu lenken sein. Zu solcher Ausbildung gehört nach der Auffassung der Wissenschaftlichen Deputation für das Medicinalwesen und nach den anderwärts gewonnenen Erfahrungen die praktische Unterweisung in geburtshülflichen Anstalten oder Wöchnerinnenasylen während 2—3 Monaten, wenn die Auszubildende mit den Grundsätzen der allgemeinen Krankenpflege bereits vertraut ist. Alle in dieser Richtung sich bewegenden Bestrebungen verdienen von den Behörden unterstützt zu werden. Dies wird in der Weise geschehen können, dass zunächst festgestellt wird, an welchen Anstalten und unter welchen Bedingungen der Unterricht in der Wochenbettpflege ertheilt werden kann. Die in Frage kommenden Vereine in der dortigen Provinz würden alsdann hiervon in geeigneter Weise zu verständigen sein."

Eine hiernach ausgeführte Verfügung erliess der preussische Regierungspräsident in Stralsund über die Ausbildung von Wochenbettpflegerinnen unter dem 6. März 1901: Mit meiner Verfügung vom 12. v. M.[1]) ist Ihnen bereits bekannt ge-

---

1) Diese Verfügung lautet: „Lehrgänge für Wochenbettpflegerinnen. Zur Förderung der Ausbildung sachkundiger Wochenbettpflegerinnen werden nach Uebereinkunft mit dem Director der Königl. Universitäts-Frauenklinik in Greifswald in der dortigen Hebammen-Lehranstalt von jetzt ab alljährlich besondere Lehrgänge unter folgenden Aufnahmebedingungen stattfinden: 1. Als Schülerinnen werden unbescholtene Frauen und Mädchen zwischen dem 20. und 45. Lebensjahre zugelassen. 2. Der Unterricht dauert drei Monate und findet alljährlich vom 1. Mai bis 31. Juli statt. 3. Dem Aufnahmegesuch, welches mir spätestens bis zum 1. April jeden Jahres einzureichen ist, ist ein amtsärztliches Zeugniss über die körperliche und geistige Befähigung zum Beruf als Wochenbettpflegerinnen beizufügen. Persönliche Vorstellung der Bewerberin bei dem Director der Hebammen-Lehranstalt vor Beginn des Lehrgangs ist erwünscht. 4. Die Schülerinnen müssen in der Königl. Universitäts-

worden, dass die Ausbildung sachkundiger Wochenbettpflegerinnen im hiesigen Regierungsbezirk durch Einrichtung besonderer Lehrgänge gefördert werden wird. Es ist damit einer Anweisung des Herrn Ministers der Medicinal-Angelegenheiten Folge gegeben, nachdem die auf Anordnung des Herrn Oberpräsidenten angestellten Ermittelungen ergeben haben, dass ein Bedürfniss für das Vorhandensein von Pflegerinnen für das Wochenbett vorliegt. Ich bin mir wohl bewusst, dass dabei vorerst nur die besitzenden Kreise in Stadt und Land in Frage kommen; es ist jedoch zu erwarten, dass mit dem steigenden Wohlstand der Bevölkerung die Nachfrage sich vermehren wird. Um so sicherer erscheint dies, als die Erfahrung lehren wird, dass eine sachverständige Leitung des Wochenbetts, die aus mancherlei äussern Gründen im Einzelfall oft seitens der zuerst dazu berufenen Hebammen nicht ausführbar ist, einen nicht geringen Theil der Gesundheitsgefahren für die Wöchnerin ausschliesst und die Genesung mit schneller Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu beschleunigen geeignet ist. Noch grösseren Nutzen und Segen wird die Thätigkeit gut geschulter Wochenbettpflegerinnen stiften, wenn ihre Zuziehung schon vor dem zu erwartenden Eintritt der Geburt zur Sitte würde, weil sie dann mit ihrem Rath noch mehr in der Lage sind, einen erziehlichen Einfluss im Krankheit vorbeugenden Sinne auszuüben und Aufklärung und Verständniss für die Pflichten angehender Mütter in breite Volksschichten zu tragen. Dies ist zweifellos eine dringende Aufgabe der Zukunft, welche sich deutlich aus dem statistischen Vergleich der Todesfälle im Wochenbett während der drei letzten Jahrzehnte ergiebt. Die Abnahme der Zahl der an Wochenbettfieber erkrankten und gestorbenen Frauen während der letztverflossenen zehn Jahre hält durchaus nicht den erwarteten gleichen Schritt mit derjenigen im neunten Jahrzehnt des vergangenen Jahrhunderts, in dem die Anwendung der Reinlichkeits- d. h. antiseptischen Grundsätze während der Geburt und im Wochenbett ihren unverkennbar günstigen Einfluss ausübte. Es ist dies um so auffälliger, als die Sicherheit des Verfahrens durch die Erfahrung noch vergrössert und die begründete Auffassung nicht erschüttert ist, dass die fieberhaften Wochenbettserkrankungen vermeidbar sind. Die Ursache jener Erscheinung dürfte zum nicht geringen Theil in dem Umstande zu suchen sein, dass die grosse Mehrzahl der Frauen aus den breiten Volksschichten mit den vorsorgenden Pflichten zur Vorbereitung eines Geburts- und Wochenbetts nicht vertraut sind. Hier hat die vorbeugende Thätigkeit der Wochenbettpflegerinnen mit Aussicht auf besten Erfolg einzusetzen. Stellt auch die Pflege der Wöchnerin gewissermaassen nur einen Zweig der allgemeinen Krankenpflege dar, so bietet sie doch soviel Eigenartiges, dass eine gesonderte Ausbildung mehr als erwünscht, ja als unbedingt zweckmässig erachtet werden muss. Diese Gesichtspunkte sind massgebend gewesen, in der innerhalb des Regierungsbezirks so bequem gelegenen Hebammenlehranstalt in Greifswald Lehrgänge für Wochenbettpflegerinnen mit drei monatlicher Dauer einzurichten. Es ist damit für unbemittelte Frauenkreise Gelegenheit geboten, einen voraussichtlich lohnenden Beruf zu erlernen, während für die bemittelteren Kreise die Vorbereitung zu einer segensreichen, dankbaren und Befriedigung gewährenden Thätigkeit auf dem

Frauenklinik wohnen, nur in Ausnahmefällen kann von dieser Verpflichtung Befreiung eintreten. 5. Das Lehr- und Kostgeld beträgt einhundertundzwanzig Mark und ist beim Beginn des Unterrichts im Voraus zu bezahlen. 6. Die Schülerinnen müssen mit mindestens zwei Waschkleidern und drei grossen weissen Schürzen ausgerüstet sein, für deren Wäsche sie selbst zu sorgen haben. 7. Am Schluss des Lehrgangs erhalten die Schülerinnen ein Zeugniss des Directors der Hebammen-Lehranstalt, in dem die Dauer und der Erfolg des Unterrichts bestätigt wird.

Gebiete des Allgemeinwohls im Sinne einer freiwilligen Wochenbett-Diakonie geschaffen wird. Der Director der Königlichen Universitäts-Frauenklinik in Greifswald hat es geradezu als einen höchst wichtigen und dankenswerthen Fortschritt in der Wochenpflege bezeichnet, wenn Frauen und Mädchen der gebildeteren Stände sich derselben in ausgiebigerer Weise als bisher widmen wollten, mit dem ausdrücklichen Hinzufügen, dass das Bedürfniss ein lebhaft empfundenes sei.

Ich ersuche Sie, die Wöchnerinnen-Unterstützungsvereine, die Zweigvereine des vaterländischen Frauenvereins und sonstige geeignet erscheinende Wohlthätigkeitsvereine, welche sich mit der Krankenpflege befassen, auf die jährlichen Lehrgänge in der Hebammen-Lehranstalt Greifswald mit der Empfehlung aufmerksam zu machen, die Ausbildung von Frauen und Mädchen nach Möglichkeit zu fördern und zu unterstützen. Zugleich entspreche ich der Anregung des Herrn Oberpräsidenten, indem ich ersuche, darauf hinzuwirken, dass, wenn zur Ausbildung unbemittelter Frauen die Beschaffung der erforderlichen Kosten aus Kreis- und Gemeindemitteln in Frage kommt, derartigen Anträgen Wohlwollen und thätige Förderung entgegengebracht werden möge."

## B. Heilanstalten.

### I. Allgemeines.

Artikel 4 der deutschen Reichsverfassung vom 16. April 1871 lautet: „Der Beaufsichtigung seitens des Reichs und der Gesetzgebung desselben unterliegen die nachstehenden Angelegenheiten . . . . .

15. Maassregeln der Medicinalpolizei".

Da jedoch das Reich bisher von diesem Recht in Beziehung auf die Heilanstalten keinen wesentlichen Gebrauch gemacht hat, so ist auf diesem Gebiete die Gesetzgebung der Bundesstaaten maassgebend. Nur bezüglich der

#### 1. Erkrankungs- und Sterblichkeitsstatistik der Heilanstalten

besteht in Deutschland ein gleichmässiges Verfahren infolge der Bundesrathsbeschlüsse vom 24. October 1875 (§ 377 der Protokolle), 30. November 1876 (§ 393 der Protokolle), 26. September 1878 (§ 452 der Protokolle) und vom 12. Dezember 1901 (§ 665 der Protokolle). Hiernach ist in allen Bundesstaaten angeordnet, dass aus allen Heilanstalten einschliesslich der Universitätskliniken, allgemeinen Krankenanstalten, zu denen auch die Lungenheilstätten, Irren- und Pflegeanstalten, zu denen auch die Anstalten für Epileptiker, Idioten, Schwachsinnige und Nervenkranke zu rechnen sind, Augenheil- und Entbindungsanstalten zu Beginn des neuen Jahres über die Verhältnisse des vergangenen Kalenderjahres Formulare ausgefüllt und dem Kaiserlichen Gesundheitsamt zugesandt werden sollen. Die Formulare, von deren Abdruck hier abgesehen werden muss, werden von den statistischen Aemtern der einzelnen Bundesstaaten, oder wo solche nicht vorhanden sind, von dem Kaiserlichen statistischen Amte unentgeltlich geliefert. Es sind dies 1. Erhebungsformulare für jede einzelne Heilanstalt, (je ein Formular für das allgemeine Krankenhaus, für die Anstalt für Geisteskranke, Epileptiker, Idioten, Schwachsinnige und Nervenkranke, für die Augenheilanstalt und für die Entbindungsanstalt). 2. Zusammenstellungsformulare für den einzelnen Bundesstaat oder den grösseren Verwaltungsbezirk (Provinz, Bezirk, Kreishauptmannschaft etc.) des

einzelnen Bundesstaates (je eine Uebersicht über die allgemeinen Krankenhäuser, über die Anstalten für Geisteskranke etc., über die Augenheilanstalten und über die Entbindungsanstalten). In einzelnen Bundesstaaten sind an Stelle der Erhebungsformulare den Heilanstalten Fragebogen und Zählkarten zur Verfügung gestellt, aus denen die Uebersichten zusammengestellt werden. Die ausgefüllten Formulare sind durch Vermittelung des zuständigen Medicinalbeamten einzureichen, zum Beispiel in Preussen (§ 101 der Dienstanweisung für die Kreisärzte vom 23. März 1901) durch die Kreisärzte (an diese bis zum 1. Februar und von diesem an das statistische Büreau bis zum 1. März jedes Jahres). In Bayern sind die Formulare durch Vermittelung des zuständigen Bezirksarztes bis zum 15. Februar jedes Jahres einzureichen — Ministerial-Verordnung vom 10. December 1875 und 10. Juli 1882 —, ausserdem haben die Anstaltsärzte nach dem durch die Ministerial-Verfügung vom 28. Juli 1898 festgesetzten Muster für die ärztlichen Jahresberichte über alle bemerkenswerthen Vorkommnisse in ihren Anstalten zu berichten. Auch in Württemberg sind die Formulare zunächst an den Medicinalbeamten (Oberamtsphysicus) einzusenden, der sie an das statistische Büreau weitergiebt (Verfügung des Königlich statistischen Büreaus vom 12. Januar 1876). Alljährlich ist zur Ermöglichung der Statistik von den zuständigen Verwaltungsbehörden am Jahresschlus ein Verzeichniss der in dem betreffenden Jahre eröffneten und geschlossenen Anstalten unter Angabe der Bezeichnung und des Eigenthümers der Anstalt, ihres Zweckes, des Orts und des Namens des dirigirenden Arztes, sowie der Bettenzahl (getrennt für männliche und weibliche Kranke) an den Kreismedicinalbeamten und von diesem entweder direct oder durch Vermittelung der oberen Verwaltungsbehörde an das statistische Büreau des Bundesstaates einzusenden (vgl. z. B. den preussischen Ministerial-Erlass vom 23. April 1880 und § 101 der Dienstanweisung für die Kreisärzte vom 23. März 1901).

## 2. Beaufsichtigung der Heilanstalten.

Sämmtliche Heilanstalten werden auf Grund der bestehenden landesgesetzlichen Bestimmungen staatlich beaufsichtigt. In Preussen beruht dieses Aufsichtsrecht auf dem Allgemeinen Landrecht (Theil II, Titel 19, §§ 32, 33, 37—39): „§ 32. Armenhäuser, Hospitäler, Waisen- und Findel-, Werk- und Arbeitshäuser stehen unter dem besonderen Schutze des Staates. § 33. Werden dergleichen Anstalten von neuem errichtet, so muss das Vorhaben dem Staate zur Prüfung der Grundsätze ihrer Verfassung angezeigt werden. § 37. Auch solche Anstalten, denen in der Stiftungsurkunde oder sonst eigene Aufseher vorgesetzt sind, bleiben dennoch der Oberaufsicht des Staates unterworfen. § 38. Diese Oberaufsicht schränkt sich aber nur darauf ein, dass nach den vom Staate ausdrücklich oder stillschweigend genehmigten Verordnungen des Stifters verfahren werde und nichts einschleiche, was dem allgemeinen Endzwecke solcher Stiftungen zuwider sei. § 39. Der Staat ist also berechtigt, Visitationen bei dergleichen Anstalten zu veranlassen uud die vorgefundenen Missbräuche und Mängel, obigen Grundsätzen (§ 38) gemäss zu verbessern. § 40. Ueberhaupt muss der Staat darauf sehen, dass die Einkünfte der Armen- und anderer Versorgungsanstalten zweck- und vorschriftsmässig verwendet werden.“

Ueber die Ordens- u. s. w. Krankenanstalten bestimmt der preussische Ministerial-Erlass vom 21. Februar 1893 folgendes:

„1. Der § 30 der Reichs-Gewerbeordnung (§ 115 des Zuständigkeitsgesetzes) bezieht sich nicht auf Anstalten, die von öffentlichen Korporationen zur Erfüllung ihrer Korporationszwecke unterhalten werden, sondern nur auf Privatkranken- etc.

Anstalten, und zwar nur auf solche, welche gewerbsmässig betrieben werden, also nicht auf solche, welche lediglich den Charakter von Wohlthätigkeitsanstalten an sich tragen. 2. Ob es sich nach Vorstehendem um eine unter den § 30 der Reichs-Gewerbeordnung fallende Privatkranken- etc. Anstalt handelt oder nicht, wird im einzelnen Falle je nach Lage desselben zu entscheiden sein. Die Erhebung von Pflegegeldern giebt der Anstalt nur dann den Charakter eines gewerblichen Unternehmens, wenn damit die Erzielung von Ueberschüssen bezweckt wird. 3. Vorstehendes gilt insbesondere auch für die Kranken- etc. Anstalten der Orden, Congregationen, Wohlthätigkeitsvereinigungen etc. 4. Nur bestimmten physischen Personen kann die Concession zum Betriebe von Privatkranken- etc. Anstalten ertheilt werden, nicht Personenvereinigungen als solchen, nicht juristischen Personen etc.; eventuell würden diese bestimmte physische Personen als Unternehmer zu bezeichnen sein, für welche die Ertheilung der Concession zu übertragen wäre (Entscheidung des Königlichen Oberverwaltungsgerichts vom 16. September 1882, Bd. 9, Seite 286ff.). 5. Die nicht unter den § 30 der Reichs-Gewerbeordnung fallenden öffentlichen und Privatkranken- etc. Anstalten sind der Einwirkung des Staates keineswegs entzogen, derselbe übt das volle Aufsichtsrecht aus und hat, insbesondere auch betreffs der Errichtung und Aufhebung aus polizeilichen Gesichtspunkten entscheidenden Einfluss (§ $2^3$ der Regierungsinstruction vom 23. October 1817; § 33 Theil II Titel 19 des Allgemeinen Landsrechts)“.

Das Aufsichtsrecht des Staates erstreckt sich in den meisten Bundesstaaten auch auf die Annahme von Legaten und Schenkungen seitens der Heilanstalten. So bestimmt zum Beispiel das preussische Gesetz vom 23. Februar 1870 (G.-S., S. 118): „§ 1. Schenkungen und letztwillige Zuwendungen bedürfen zu ihrer Gültigkeit der Genehmigung des Königs: 1. insoweit dadurch im Inlande eine neue juristische Person ins Leben gerufen werden soll, 2. insoweit sie einer im Inlande bereits bestehenden Corporation oder anderen juristischen Person zu anderen als ihren bisher genehmigten Zwecken gewidmet werden sollen. § 2. Schenkungen und letztwillige Zuwendungen an inländische oder ausländische Corporationen und andere juristische Personen bedürfen zu ihrer Gültigkeit ihrem vollen Betrage nach der Genehmigung des Königs oder der durch Königl. Verordnung ein für allemal zu bestimmenden Behörde, wenn ihr Werth die Summe von Eintausend Thalern übersteigt. Fortlaufende Leistungen werden hierbei mit fünf vom Hundert zu Capital berechnet. § 3. Die Genehmigung einer Schenkung oder letztwilligen Zuwendung in den Fällen der §§ 1 und 2 erfolgt stets unbeschadet aller Rechte dritter Personen. Mit dieser Maassgabe ist, wenn die Genehmigung ertheilt wird, die Schenkung oder letztwillige Zuwendung als von Anfang an gültig zu betrachten, dergestalt, dass mit der geschenkten oder letztwillig zugewendeten Sache auch die in die Zwischenzeit fallenden Zinsen und Früchte zu verabfolgen sind. Die Genehmigung kann auf einen Theil der Schenkung oder letztwilligen Zuwendung beschränkt werden. § 4. Die besonderen gesetzlichen Vorschriften, wonach es zur Erwerbung von unbeweglichen Gegenständen durch inländische oder ausländische Corporationen und andere juristische Personen überhaupt der Genehmigung der Staats bedarf, werden durch die vorstehenden Bestimmungen nicht berührt. Soweit es jedoch zu einer solchen Erwerbung nach gegenwärtig geltenden Vorschriften der Genehmigung des Königs oder der Ministerien bedarf, können statt dessen durch Königl. Verordnung die Behörden, denen die Genehmigung fortan zustehen soll, anderweitig bestimmt werden. § 5. Einer Geldstrafe bis zu dreihundert Thalern, im Unvermögensfalle entsprechender Gefängnisstrafe, unterliegen: 1. Vorsteher von inländischen Corporationen und anderen juristischen Personen, welche für dieselben Schenkungen oder letztwillige Zuwendungen in Em-

pfang nehmen, ohne die dazu erforderliche Genehmigung innerhalb vier Wochen nachzusuchen; 2. Diejenigen, welche einer ausländischen Corporation oder anderen juristischen Person Schenkungen oder letztwillige Zuwendungen verabfolgen, bevor die dazu erforderliche Genehmigung ertheilt ist.“ Oeffentliche Heilanstalten, welche nicht an sich als milde Stiftungen oder auf Grund besonderer landesgesetzlicher Bestimmungen (in Preussen: A. L.-R. Theil II Titel 19 § 42) die Rechte einer juristischen Person mit der staatlichen Genehmigung erhalten haben, können durch staatliche Verleihung diese Rechte erwerben (in Preussen: A. L.-R. Theil II, Titel 6 § 25 und Ministerial-Erlass vom 19. Juli 1876). Die Anerkennung als milde Stiftung, welche durch die zuständigen Minister stattzufinden hat, verschafft Befreiung von der preussischen Stempelsteuer, der Erbschaftssteuer und den Gerichtsgebühren. An den landesgesetzlichen Bestimmungen über diesen Gegenstand ist durch das B. G.-B. nichts geändert.

Die Staatsaufsicht wird ausgeübt im Auftrage der höheren Verwaltungsbehörde durch die zuständigen Medicinalbeamten erster Instanz, soweit die betreffenden Anstalten nicht einer höheren Instanz unmittelbar unterstellt sind. So sind in Preussen die Universitätskliniken unmittelbar der Centralinstanz (Cultusministerium) unterstellt, die Provinzialkranken-, Heil- und -Pflegeanstalten, sowie die Provinzialhebammen-Lehranstalten und -Entbindungsanstalten unterstehen dagegen der gesundheitspolizeilichen Aufsicht der Oberpräsidenten, die sich hierbei der Mitwirkung der zuständigen Regierungs- und Medicinalräthe oder anderer geeigneter Sachverständiger bedienen. Die Heilanstalten des Johanniterordens nehmen in Preussen insofern eine besondere Stellung ein, als die Staatsbehörden nach dem Ministerial-Erlass vom 10. December 1892 das ihnen zustehende Aufsichtsrecht mit Rücksicht auf die dem Orden Allerhöchst gewährte Immediatstellung nur auf Grund einer in jedem einzelnen Falle nachzusuchenden Allerhöchsten Ordre ausüben zu können. In Bayern und Sachsen gilt bezüglich der Universitätskliniken dasselbe wie in Preussen, während die Kreis-Kranken-, -Irren- und -Landesanstalten der Aufsicht der Kreisregierungen unterstehen. In Württemberg führt die Aufsicht über die Staatskrankenanstalten und die Landeshebammenschule eine besondere Abtheilung des Medicinalcollegiums.

Im Uebrigen beauftragt die höhere Verwaltungsbehörde (in Preussen nach § 2 Ziffer 3 der Regierungsinstruction vom 23. October 1817 — früher die erste Abtheilung der Regierungen —, jetzt der Regierungspräsident) die ihr unterstellten Medicinalbeamten mit der Besichtigung der Anstalten. In Preussen ist maassgebend § 100 der Dienstanweisung für die Kreisärzte: „§ 100. Alle der Aufsicht des Regierungspräsidenten unterstehenden öffentlichen und privaten Krankenanstalten des Bezirkes, Knappschafts-, Kranken- und Heilanstalten, Entbindungsanstalten, Volksheilstätten, Sanatorien, Kaltwasserheilanstalten, Heil- und Pflegeanstalten für Geisteskranke, Idioten, Epileptische, Nervenheil-, Blinden-, Taubstummenanstalten, Trinkerasyle, heilgymnastische und orthopädische Institute, Sanitäts- und Rettungswachen u. s. w. hat der Kreisarzt in gesundheitspolizeilicher Hinsicht zu überwachen und mindestens jährlich einmal abwechselnd im Sommer und Winter unvermuthet unter Zuziehung des Arztes und eines Vertreters des Krankenhausverwaltung (Vorstandes, Curatoriums u. s. w.), nach Anleitung des Formulars X, eingehend zu besichtigen. Der Arzt und die Krankenhausverwaltung sind erst kurz vor der Besichtigung zu benachrichtigen. Das Ergebniss der Besichtigung nebst Vorschlägen zur Abstellung von Missständen ist der Anstaltsverwaltung mitzutheilen. Eine Zusammenstellung der im Laufe eines Jahres vorgenommenen Besichtigungen und der dabei gemachten Beobachtungen ist in den Jahresbericht aufzunehmen. Ueber bedenkliche Missstände

ist sofort zu berichten. Bei der Beaufsichtigung von Privatanstalten für Geisteskranke, Epileptische und Idioten ist nach den hierfür bestehenden Sondervorschriften zu verfahren (vergl. Anweisung über Unterbringung in Privatanstalten für Geisteskranke, Epileptische und Idioten vom 26. März 1902). An den von der Besuchscommission vorzunehmenden Besichtigungen dieser Anstalten hat der Kreisarzt Theil zu nehmen.“ Das erwähnte Formular X lautet:

„Plan für die Besichtigung von Krankenhäusern und ähnlichen Anstalten
(zugleich Vorschrift für die Verhandlung).

1. Bezeichnung der bei der Besichtigung betheiligten Personen. 2.*) Lage der Anstalt. Umgebung im Gelände. Nachbarschaft (geräuschvolle Gewerbe, Tanzlokale, Schankstätten u. s. w.). Entfernung der nächsten Gebäude. Hofraum. Garten-Grundfläche für jede Lagerstelle. 3.*) Bauart. Einheitsbau. Pavillon. Beschreibung der Gebäude. 4.*) Bei Einheitsbauten: Lage der Hausgänge (Korridore) und deren Breite, Belichtung, Flure. 5. Zahl der Stockwerke. 6.*) Lage, Zahl und Beschaffenheit der Treppen. 7.*) Zahl und Lage der Krankenzimmer. 8.*) Besondere Räume für gemeingefährliche Kranke: a) für Infectionskranke mit Ausschluss von Venerischen, b) für Venerische und Krätzige, c) für passante Geisteskranke (Zwangsmittel [Beschreibung der Einrichtung für c]). 9.*) Trennung der Geschlechter. Kinder. 10.*) Erholungsraum für Genesende (Tageraum, Liegehallen, Veranden). 11.*) Heizung und Lüftung aller bewohnten Räume, der Hausgänge und Flure. 12.*) Beschaffenheit der Fussböden, Wände und Decken (Anstrich). 13.*) Lage und Grösse der Fenster im Verhältniss zum Krankenzimmer (Oberlicht). 14.*) Künstliche Beleuchtung der Räume. 15.*) Waschgelegenheit für die Kranken. 16.*) Zahl und Beschaffenheit der Badeeinrichtungen. 17.*) Beschaffenheit der Lagerstellen und der Bettwäsche. 18.*) Luft- (Cubik-) Raum für jede Lagerstelle. 19.*) Beschreibung des Operations- (Entbindungs-) Zimmers. Instrumentarium. 20.*) Sonstige Einrichtungen (Röntgenapparat, Einrichtungen zur Heilgymnastik und dergleichen). 21.*) Chemisches und bakteriologisches Laboratorium. Einrichtung. 22.*) Lage und Beschaffenheit der Abtritte. Nachtstühle, Bettschüsseln, Uringefässe, Speigefässe, mit Wasser gefüllte Speinäpfe. 23.*) Beseitigung der menschlichen und wirthschaftlichen Abgänge. 24. Trinkwasserversorgung. Beschaffenheit des Wassers. 25.*) Einrichtung der Kochküche, Raum für Speisevorräthe. Menge und Beschaffenheit derselben. 26. Beschaffenheit der Krankenkost am Besichtigungstage. 27. Formen der Verpflegung. Küchenzettel. Verpflegungskosten für die einzelnen Kranken. 28.*) Waschküche, Roll- und Plättkammer, Trockenboden. Wäschedepot. 29.*) Leichenkammer. Raum für Leichenöffnungen. 30.*) Desinfectionsapparat. 31. Eiskeller.

Einrichtung. Verwaltung: 32.*) Leitende Behörde (Curatorium, kirchliche Genossenschaft, Verein u. s. w.). 33. Leitender Arzt und Hülfsärzte. 34. Zahl der Wärter und Wärterinnen (Ausbildung, Fortbildung, Wohnung, Beköstigung. Versorgung für den Fall des Alters und der Invalidität, Pflegethätigkeit). 35.* Befriedigung des religiösen Bedürfnisses (Capelle). 36. Reinlichkeit und Ordnung in sämmtlichen Räumen. 37. Zahl der am Besichtigungstage belegten Krankenbetten, höchste Belegzahl. 38. Art der Krankheiten (im Allgemeinen). 39. Wieviel Kranke werden jährlich nach dreijährigem Durchschnitt behandelt und zwar in jeder Klasse? 40. Führung

---

Anmerkung: Die mit einem * versehenen Fragen sind nur bei der ersten Besichtigung eingehend zu beantworten. Bei späteren Besichtigungen können die Fragen offen bleiben, falls nicht besondere Veränderungen zu verzeichnen sind.

des Krankentagebuchs. Registratur. 41. Hausapotheke. 42. Etwaige Beschwerden von Kranken. 43. Gesammtergebniss der Besichtigung und sonstige Bemerkungen. 44. Verbesserungsvorschläge."

Aehnliche Bestimmungen gelten in Bayern (§ 11 lit. i des organischen Edicts über das Medicinalwesen vom 8. September 1808 in Verbindung mit § 3 der Königlichen Verordnung vom 3. September 1879), in Sachsen (§ 19 der Dienstinstruction für die Bezirksärzte vom 10. Juli 1884), in Württemberg (No. 3 der Instruction für die gesundheitspolizeilichen Visitationen der Gemeinden vom 20. Oktober 1879), in Baden (§ 26 der Dienstinstruction für die Bezirksärzte vom 1. Januar 1886), in Hessen (§ 32 der Dienstinstruction für die Kreisärzte vom 14. Juli 1884) u. s. w.

## 3. Anlage, Bau und Einrichtung von Heilanstalten.

In den meisten Bundesstaaten sind Bestimmungen über Anlage, Bau und Einrichtung von Krankenanstalten vorhanden, die ausführlichsten sind die des preussischen Ministerialerlasses vom 19. August 1895. Dieselben lauten:

„Im Sinne dieser Verordnung werden die Krankenanstalten unterschieden: als grosse Anstalten mit mehr als 150 Betten, mittlere mit 150—50 Betten, kleine mit weniger als 50 Betten. Für die Anlage, den Bau und die Einrichtung von öffentlichen und Privat-Krankenanstalten, sowie für den Umbau und die Erweiterung bestehender Anstalten dieser Art gelten folgende Vorschriften:

I. Anlage und Bau: § 1. Die Krankenanstalt muss thunlichst frei und entfernt von Betrieben liegen, welche geeignet sind, den Zweck der Anstalt zu beeinträchtigen. Der Baugrund muss in gesundheitlicher Beziehung einwandfrei sein. Die Frontwände der Krankengebäude müssen untereinander mindestens 20 Meter und von anderen Gebäuden mindestens 10 Meter entfernt bleiben. Vor den Fenstern der Krankenzimmer muss mindestens ein solcher Freiraum verbleiben, dass die Umfassungswände und Dächer gegenüberliegender Gebäude nicht über eine Luftlinie hinausgehen, welche in der Fussbodenhöhe der Krankenzimmer von der Frontwand aus unter einem Neigungswinkel von 30 Grad gezogen wird. Wenn diese Fenster benachbarten, nicht zur Anstalt gehörigen Grundstücken gegenüberliegen, so sind an der Grenze jener Grundstücke Gebäude von der grössten, nach den örtlichen Bauordnungen zulässigen Höhe auch dann als vorhanden anzunehmen, wenn die Grenzen unbebaut oder nicht bis zur zulässigen Höhe bebaut sind. Für kleine Krankenanstalten im Innern grosser Städte kann ein grösserer Neigungswinkel zugelassen werden, welcher jedoch nicht über 45 Grad hinausgehen darf. Bei Einheitsbauten (sogen. Corridorsystem) sind ringsumschlossene Höfe unzulässig. § 2. Flure und Gänge müssen mindestens 1,80 m bereit sein; die Gänge sollen in der Regel einseitig angelegt werden. Mittelgänge sind nur unter der Bedingung zulässig, dass sie reichliches Licht unmittelbar von aussen erhalten und gut lüftbar sind. § 3. Die für die Aufnahme von Kranken bestimmten Räume müssen mindestens 1 m über dem höchsten bekannten Grundwasserstande liegen und in der ganzen Grundfläche gegen das Eindringen von Bodenfeuchtigkeit gesichert sein. Räume, deren Fussboden unter der anschliessenden Erdoberfläche liegt, dürfen mit Kranken nicht belegt werden. Krankenzimmer, welche das Tageslicht nur von einer Seite erhalten, dürfen nicht nach Norden liegen. Die Wände in Operations- und Entbindungszimmern sowie in solchen Räumen, in welchen Personen mit ansteckenden Krankheiten untergebracht werden, sind zur Erleichterung der Desinfection glatt und mit ausgerundeten Ecken herzustellen. § 4. Die Treppen sollen feuersicher und mindestens 1,30 m breit sein, die Stufen mindestens 28 cm Auftrittsbreite und höchstens 16 cm Steigung haben. Die Treppenhäuser müssen Licht und Luft unmittelbar

von aussen erhalten. Die Fussböden aller von Kranken benutzten Räume sind möglichst wasserdicht herzustellen. § 5. Die Krankenzimmer, alle von den Kranken benutzten Nebenräume, Flure, Gänge und Treppen müssen mit Fenstern versehen werden; die Fensterfläche soll in Krankenzimmern mindestens 1,5 qm auf jedes Bett einschliesslich der Lagerstellen für Wärter betragen. § 6. Für jedes Bett (Lagerstelle) ist in Zimmern für mehrere Kranke ein Luftraum von mindestens 35 cbm, bei 7,5 qm Bodenfläche und in Einzelzimmern von mindestens 45 cbm, bei 10 qm Bodenfläche zu fordern. Mehr als 30 Betten (Lagerstellen) dürfen in einem Krankenzimmer nicht aufgestellt werden.

II. Innere Einrichtung. § 7. In jeder Krankenanstalt muss für jede Ab-Abtheilung oder für jedes Geschoss mindestens ein geeigneter Tageraum für zeitweise nicht bettlägerige, in gemeinsamer Pflege befindliche Kranke eingerichtet werden, dessen Grösse auf mindestens 2 qm für das Krankenbett zu bemessen ist. Ausserdem muss ein mit Gartenanlagen versehener Erholungsplatz von mindestens 60 qm Fläche für jedes Krankenbett vorgesehen werden. § 8. Für Irrenanstalten gilt anstatt der Bestimmungen in dem § 6 Absatz 1 und § 7 folgendes: 1. In Anstalten mit mehr als 10 Betten müssen ausnahmslos Tageräume und Erholungsplätze vorgesehen werden. 2. Bei Anstalten, welche Tageräume haben, darf die Grösse des Luftraumes nicht unter 20 cbm bei 3—4,5 m lichter Höhe betragen; ausserdem müssen in den Tagräumen bei gleicher Höhe mindestens 4 qm Grundfläche für den Kopf vorhanden sein. Bei Kranken unter 14 Jahren genügen für den Kopf in den Schlafzimmern 15 cbm Luftraum, in den Tageräumen 3 qm Grundfläche. 3. Anstalten, welche keine Tageräume haben, müssen für jeden Kranken 35 cbm Luftraum, bei Personen unter 14 Jahren je 27 cbm Luftraum darbieten. 4. Befinden sich in der Anstalt bettlägerige, laute, sich vernachlässigende oder nicht saubere Kranke, so muss für jeden derselben in den Schlafzimmern mindestens 35 cbm Luftraum, für jeden nicht Bettlägerigen 5 qm Grundfläche in den Tageräumen vorhanden sein. Bei Kranken solcher Art unter 14 Jahren genügen für den Kopf in den Schlafzimmern 27 cbm Luftraum und für jeden nicht Bettlägerigen in den Tageräumen 4 qm Grundfläche. 5: Zur Absonderung störender Kranker muss mindestens ein Einzelraum vorhanden sein, dessen Luftraum nicht unter 40 cbm betragen darf. 6. Der Erholungsplatz muss schattig sein und mindestens 30 qm Fläche für den Kopf enthalten. § 9. Allen Krankenzimmern und von Kranken benutzten Nebenräumen ist während der Heizperiode frische vorgewärmte Luft aus dem Freien zuzuführen. Die verbrauchte Luft muss in geeigneter Weise abgeführt werden. Als Mindestmaass der Lufterneuerung sind 40 cbm für jedes Bett (Lagerstelle) in der Stunde zu fordern. § 10. Der obere Theil der Fenster der Krankenzimmer, der von den Kranken benutzten Nebenräume, der Flure, Gänge und Treppen muss leicht zu öffnen sein und mit Lüftungseinrichtungen versehen werden. § 11. Für alle Krankenzimmer, von Kranken benutzten Nebenräume, Flure und Gänge muss in genügender Weise gleichmässige Erwärmung vorgesehen werden. Hierbei ist jeder Belästigung durch strahlende Wärme vorzubeugen und jede Staubentwickelung bei der Bedienung der Heizeinrichtung, jede Ueberhitzung der Luft an den Heizflächen und jede Beimengung von Rauchgasen auszuschliessen. § 12. Für jedes Krankenbett müssen mindestens 300 Liter gesundheitlich einwandfreies Wasser täglich geliefert werden können. Sollte die Beschaffung dieser Menge mit besonderen Schwierigkeiten verbunden sein, so kann das Maass bis 150 Liter verringert werden. Die Wasserbezugsquelle, sowie die dazu gehörige Leitung sind nach Lage und Fassung gegen jede Verunreinigung durch Krankheits- oder Abfallstoffe zu sichern. § 13. Die Entwässerung und die Entfernung der Abfallstoffe muss in gesundheitlich unschädlicher Weise erfolgen. Die Fäkalien sind durch Abfallrohre entweder mittels

Abfuhr oder mittels Schwemmung unter Wahrung der Reinheit der Luft in den Gebäuden und unter Verhütung jeder Bodenverunreinigung zu beseitigen. Abtrittgruben sind unzulässig.[1]) Trockene Abfälle und Kehricht sind in dichten verschliessbaren Gruben oder Behältern zu sammeln und so oft abzufahren, dass keine Ueberfüllung der Behälter eintritt. Ansteckungsverdächtige Auswurfstoffe müssen sofort unschädlich beseitigt werden. § 14. Die Aborte sind von den Krankenzimmern durch einen Vorraum zu trennen, welcher, wie der Abort selbst, hell, lüftbar und heizbar sein muss. § 15. In jeder Krankenanstalt ist bei einer Belegzahl bis zu 30 Betten mindestens ein Baderaum für ein Vollbad, bei einer grösseren Belegzahl für mindestens je 30 Betten ein Baderaum zu beschaffen. § 16. In Krankenanstalten, in welchen chirurgische Operationen ausgeführt zu werden pflegen, ist bei einer Belegzahl von mehr als 50 Betten mindestens ein besonderes Operationszimmer einzurichten. Ein solches kann auch bei kleineren Anstalten nach Lage der Verhältnisse verlangt werden. § 17. In Entbindungsanstalten mit mehr als vier Betten ist ein besonderes Entbindungszimmer einzurichten.

III. Nebengebäude. § 18. Für grosse und mittlere Anstalten sind die Wirthschaftsräume in einem besonderen Gebäude unterzubringen. § 19. Jede Krankenanstalt muss eine eigene, ausschliesslich für deren Insassen bestimmte Waschküche haben. Inficirte Wäsche darf ohne vorherige Desinfection nicht ausserhalb der Anstalt gereinigt werden. § 20. Für grosse und mittlere Anstalten ist in einem besonderen, nur für diesen Zweck bestimmten Gebäude eine geeignete Desinfectionseinrichtung vorzusehen, sofern nicht am Orte oder in dessen Nachbarschaft eine öffentliche Desinfectionsanstalt zur Verfügung steht. § 21. Zur Unterbringung von Leichen ist in allen Anstalten ein besonderer Raum herzustellen, welcher lediglich diesem Zwecke dient und dem Anblick der Kranken möglichst entzogen ist. Für grosse und mittlere Anstalten ist ein besonderes Leichenhaus mit Sectionszimmer erforderlich. Leichenhaus und Desinfectionshaus dürfen unter einem Dach unter der Voraussetzung angeordnet werden, dass beide Anlagen durch eine vom Erdboden bis zur Dachfirst reichende massive, undurchbrochene Wand getrennt werden.

IV. Unterbringung der Kranken. § 22. In allen Anstalten müssen männliche und weibliche Kranke, abgesehen von Kindern bis zu zehn Jahren, in getrennten Räumen, in grossen und mittleren Anstalten in getrennten Abtheilungen untergebracht werden. § 23. Für Kranke, welche an ansteckenden, insbesondere acuten Krankheiten leiden, sind in grossen und mittleren Krankenanstalten ein oder mehrere Absonderungshäuser, in kleinen Anstalten mindestens abgesonderte Räume, wenn möglich in gesonderten Stockwerken vorzusehen. In Irrenanstalten muss mindestens ein Zimmer für ansteckende Erkrankungen zu Gebote stehen. § 24. In öffentlichen, sowie in grossen und mittleren Privat-Krankenanstalten muss für die vorübergehende Unterbringung eines Geisteskranken ein geeigneter Raum mit der erforderlichen Einrichtung vorhanden sein. § 25. Zur Feststellung von ansteckenden

---

1) Diese Bestimmung ist jedoch nur in den Provinzen: Pommern, Hannover, Schleswig-Holstein und in dem Bezirk Sigmaringen eingeführt. In den Provinzen Ost- und Westpreussen, Brandenburg, Posen, Schlesien, Westfalen, Sachsen, Rheinprovinz und Hessen ist dafür folgende Bestimmung aufgenommen: „Abtrittsgruben sind nur für kleinere Anstalten in einem Abstande von wenigstens 5 m von dem Krankengebäude und wenigstens 10 m von jedem Brunnen unter der Bedingung zulässig, dass ihre Sohle und ihre Umfassungsmauer aus Klinkern mit Cementmörtel gemauert sowie mit einer Schicht fetten Thones in einer Stärke von wenigsten 25 cm umgeben werden“.

Krankheiten ist in grossen und mittleren öffentlichen Anstalten eine eigene Beobachtungsstation einzurichten.

V. Schluss- und Strafbestimmungen. § 26. Die Vorschriften der örtlichen Baupolizeiordnung bleiben insoweit in Kraft, als sie nicht durch die vorstehenden Bestimmungen abgeändert werden. § 27. Von den Bestimmungen des § 1 Absatz 1—3, der §§ 2, 4, 7, 9, 12 Absatz 1, §§ 16, 19 Absatz 1, §§ 20, 21 Absatz 2 kann der Regierungspräsident (für Berlin und Charlottenburg der Polizeipräsident von Berlin) in besonderen Fällen Ausnahmen zulassen. § 28. Zuwiderhandlungen gegen diese Polizeiverordnung werden, sofern nach den bestehenden Gesetzen keine höhere Strafe verwirkt ist, mit Geldstrafe bis zu sechszig Mark, eventuell verhältnissmässiger Haft geahndet. — Daneben bleibt die Polizeibehörde befugt, die Herstellung vorschriftsmässiger Zustände herbeizuführen."

Zu diesen Vorschriften, welche in der Form einer Polizeiverordnug in den preussischen Provinzen erlassen worden sind, gab dər Ministerialerlass vom 26. Juli 1900 folgende Erläuterung: „Nachdem seitens der Wissenschaftlichen Deputation für das Medicinalwesen über die, bezüglich der Anlage, des Baues und der Einrichtung von öffentlichen und Privat-Kranken-, Entbindungs- und Irren-Anstalten zu stellenden Anforderungen bestimmte Grundsätze aufgestellt waren, sind für die Provinzen des Staates und für den Stadtbezirk Berlin . . . . . Polizeiverordnungen über Anlage, Bau und Einrichtung von öffentlichen und Privat-Kranken-, Entbindungs- und Irren-Anstaltən nach dem, durch unseren gemeinschaftlichen Erlass vom 19. August 1895 mitgetheilten Muster erlassen worden. Das Ober-Verwaltungsgericht hat in der Entscheidung vom 27. Mai 1899 die für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin erlassene Polizeiverordnung vom 8. Juli 1898 für rechtsungültig erklärt mit der Begründung, dass allgemeine Anordnungen im Sinne des § 115 Absatz 3 des Zuständigkeitsgesetzes, durch welche die Concessionsbehörden für die von ihnen zu treffende Entscheidung gebunden werden sollen, nicht im Wege einer Polizeiverordnung erlassen werden könnten. Auch als eine von den Medicinal-Aufsichtsbehörden erlassene Allgemeine Anordnung (§ 115 Abs. 3 a. a. O.) entbehre die Polizeiverordnung der rechtlichen Gültigkeit, da die Entscheidung über die Gestattung von Ausnahmen von den Bestimmungen der Polizeiverordnung nicht den Concessions-, sondern anderen Behörden übertragen und diese Ausnahmen so zahlreich seien, auch mit anderen Vorschriften in so engem sachlichen Zusammenhange ständen, dass nur erübrige, den gesammten Vorschriften die Anerkennung der Gültigkeit zu versagen. In dem der Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts zu Grunde liegenden Falle handelt es sich um die von dem Bezirksausschusse zu ertheilende Concession für eine Privat-Krankenanstalt (§ 30 der Reichsgewerbeordnung und § 115 des Zuständigkeitsgesetzes). Die erlassenen Polizeiverordnungen beziehen sich nach ihrer überall gleichlautenden Ueberschrift und Einleitung nicht allein auf die der Concessionspflicht unterliegenden Privat-Kranken-, Entbindungs- und Irrenanstalten, sondern auch auf die öffentlichen Anstalten, welche den Charakter von Wohlthätigkeitsanstalten tragen oder von öffentlichen Corporationen (Communalverwaltungen, Kreisen, Gemeinden pp.) errichtet werden und einer Concessionspflicht nicht unterliegen, und zwar auch dann nicht, wenn sie gewerbsmässig betrieben werden. Da in dem Urtheile des Oberverwaltungsgerichts ein Unterschied zwischen concessionspflichtigen und concessionsfreien Anstalten nicht gemacht, sondern die Polizeiverordnung ihrem vollen Umfange nach für rechtsungültig erklärt ist, so werden durch die Entscheidung die der Concessionspflicht nicht unterliegenden Anstalten mitbetroffen. Dies unterliegt jedoch gewissen Bedenken; denn für die concessionsfreien Anstalten, welche die überwiegende Mehrzahl unter den in Betracht kommen-

den Kranken- pp. Anstalten bilden, bietet die Polizeiverordnung die gesetzlich gegebene Norm, um die Erfüllung der aus gesundheits- oder baupolizeilichen Gründen an den Bau oder die Einrichtung dieser Anstalten zu stellenden Anforderungen zu sichern und die in dem Urtheile des Oberverwaltungsgerichts entwickelten Gründe treffen jedenfalls für die der Concessionspflicht nicht unterliegenden Anstalten nicht zu, da für letztere eine bindende Entscheidung der Concessionsbehörde nicht in Frage kommt. Es wird daher die erste sich darbietende Gelegenheit dazu benutzt werden müssen, um bezüglich der concessionsfreien Anstalten eine declarirende Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts herbeizuführen. Bezüglich der der Concessionspflicht unterliegenden Anstalten dürfte eine Abänderung der getroffenen Entscheidung nicht zu erwarten sein, zumal das Oberverwaltungsgericht schon anderweitig den Grundsatz aufgestellt hat, dass Polizeiverordnungen, welche lediglich dazu bestimmt sind, die Concessionsbehörden in ihren Entscheidungen zu binden, der Gültigkeit entbehren. Mit Rücksicht auf die hiernach sich ergebende Sach- und Rechtslage bestimmen wir Folgendes: 1. Ew. Excellenz wollen die Regierungspräsidenten anweisen, den materiellen Inhalt der für die dortige Provinz erlassenen Polizeiverordnung in Form einer allgemeinen Anordnung im Sinne des § 115 Absatz 3 des Zuständigkeitsgesetzes den Bezirksausschüssen zur Nachachtung bei der Concessionirung der Privat-Kranken-, Entbindungs- und Irrenanstalten mitzutheilen. Die „Allgemeine Anordnung" hat sich ihrem Wortlaute nach genau an die bestehende Polizeiverordnung anzuschliessen unter alleiniger Abänderung der Ueberschrift und der Einleitung, sowie unter Fortfall der Schluss- und Strafbestimmungen. Unter den Schlussbestimmungen befindet sich auch der von der Zulässigkeit von Ausnahmen handelnde Paragraph; statt desselben ist ein neuer gleichlautender Paragraph anzufügen, in welchem nur statt der Worte: „Der Regierungspräsident . . . . . zulassen." zu sagen ist: „Der Bezirksausschuss in besonderen Fällen Ausnahmen zulassen." 2. Was die der Concessionspflicht nicht unterliegenden Anstalten anbelangt, so ist in Bezug auf diese unverändert daran festzuhalten, dass für sie die erlassenen Polizeiverordnungen zu Recht bestehen und zur Anwendung zu bringen sind. Zur Sicherung einer gleichmässigen und energischen Durchführung der in den Polizeiverordnungen enthaltenen Vorschriften sind die für die Ertheilung der Bauconsense zuständigen Polizeibehörden durch die Regierungspräsidenten erneut mit der Anweisung zu versehen, dass sie alle bei ihnen eingehenden Gesuche um Ertheilung der Erlaubniss zum Bau oder zum Umbau von Kranken- pp. Anstalten, welche der Concessionspflicht nicht unterliegen, vor der Ertheilung des Bauconsenses den Regierungspräsidenten vorzulegen haben. Diese haben die Vorlagen nach der Richtung einer eingehenden Prüfung zu unterziehen, ob durch dieselben den Vorschriften der Polizeiverordnung genügt ist, und das weiter Erforderliche anzuordnen. Wir machen insbesondere darauf aufmerksam, dass die Vorschriften der Polizeiverordnungen über die gesundheitspolizeilichen Anforderungen, welche an die baulichen und sonstigen technischen Einrichtungen der Anstalten zu stellen sind, auch denjenigen Krankenanstalten gegenüber zur Geltung zu bringen sind, welche von den Vorständen der Invaliditäts- und Altersversicherung, den Berufsgenossenschaften pp. errichtet werden. . . ."

Vor Ausführung etwaiger Neu-, Um- oder Erweiterungsbauten von Krankenanstalten sind die erforderlichen Bauzeichnungen nebst Erläuterung und ein Lageplan der zuständigen Behörde zur Genehmigung einzureichen. An Bauzeichnungen sind vorzulegen: die Grundrisse sämmtlicher Geschosse, ein Querschnitt zur Erläuterung der einzelnen Geschosshöhen (Fenster, Thüren) und wenigstens die Vorderansicht der beabsichtigten Bauten. Die Bauzeichnungen sind in dem Maassstabe von 1 : 100 und die Durchschnitte der Mauer-, Eisen- und Holztheile mit

charakteristischen Farben anzufertigen und in den einzelnen Räumen Länge, Breite, sowie der Flächen- und Rauminhalt, die Art der Benutzung, Zahl der Betten u. s. w. anzugeben. Der Lageplan (Maassstab 1 : 500, mit Nordpfeil) soll ergeben: die Grenzen des Grundstückes, benachbarte Strassen, Plätze und Gebäude, mit Angabe ihrer Benutzung, die auf dem Grundstücke befindlichen und neu zu errichtenden Baulichkeiten mit Angabe ihres Zwecks. Die Abgrenzung von Hof und Garten, Lage des Brunnens, Abfuhr und Canalisationsvorrichtungen u. s. w. Die baupolizeiliche Genehmigung seitens der Ortspolizeibehörde darf nicht eher ertheilt werden, ehe nicht die gesundheitspolizeiliche Genehmigung ertheilt ist. Nach § 102 der Dienstanweisung für die Kreisärzte vom 25. März 1901 hat in Preussen bei Neubauten oder grösseren Umbauten von Kranken- u. s. w. Anstalten eine Prüfung mit Begutachtung der Baupläne seitens des Kreisarztes stattzufinden. In Sachsen sind, wie auch in den meisten anderen Bundesstaaten, ebenfalls Baupläne von Kranken- u. s. w. Anstalten bezüglich der dabei zu beachtenden gesundheitspolizeilichen Erfordernisse seitens des Bezirksarztes zu prüfen.

### 4. Verwaltung und Betrieb der Heilanstalten.

In einzelnen Bundesstaaten sind über die Leitung und den Betrieb der Krankenanstalten, sowie über die Anstellung von Anstaltsärzten und deren Dienstpflichten genaue Anordnungen getroffen. In Preussen sind die vorbereitenden Schritte für eine einheitliche Regelung dieser Frage vor Kurzem durch nachstehenden Ministerial-Erlass vom 8. Mai 1901 eingeleitet worden: „Nachdem den Forderungen, welche in Bezug auf Anlage, Bau und Einrichtung der öffentlichen und Privat-Krankenanstalten vom Standpunkte der öffentlichen Gesundheitspflege zu erheben sind, durch die Ministerial-Erlasse vom 19. August 1895 und 26. Juli 1900 im Wesentlichen Rechnung getragen ist, kommt die Frage, ob es nicht angezeigt erscheint, nunmehr auch durch eine nähere Regelung des Betriebes, der Leitung und Beaufsichtigung der öffentlichen und Privat-Krankenanstalten einheitliche Verhältnisse auf diesem Gebiete herbeizuführen. Insbesondere wird es sich hierbei um die Frage handeln, in welcher Richtung und in welchem Umfange eine Betheiligung des ärztlichen Elements von der Leitung und Regelung der Betriebsverhältnisse der Krankenhäuser wünschenswerth ist, bezw. welches Mindestmaass von Betheiligung bei Berücksichtigung aller in Betracht kommenden Verhältnisse namentlich in grossen Krankenhäusern für das ärztliche Element anzustreben ist. Die Punkte, um welche es sich hierbei im Wesentlichen handelt, werden die Leitung — die ärztliche und ökonomische — des Ganzen, die Organisation des ärztlichen Dienstes, die Aufnahme, Vertheilung, Entlassung der Kranken, die Disciplin, Krankenpflege betreffen. Die wissenschaftliche Deputation für das Medicinalwesen, welche von mir zur Sache gutachtlich gehört worden ist, hat nachstehende Leitsätze als maassgebende Gesichtspunkte in Vorschlag gebracht: „1. Die einheitliche, verantwortliche Leitung einer Krankenanstalt ist einem Arzte zu übertragen. Bestehen in einem Krankenhause mehrere gesonderte Abtheilungen, so sind die dirigirenden Aerzte derselben in der Behandlung der Kranken der Abtheilungen selbstständig. 2. Der dirigirende Arzt der Anstalt (oder Abtheilung) bestimmt über Aufnahme, Vertheilung und Entlassung der Kranken; er ist der Vorgesetzte der Assistenzärzte und des Pflegepersonals. 3. In ein Seuchenhospital oder in ein Isolirgebäude für ansteckende Krankheiten darf kein Kranker aufgenommen werden, bevor nicht die Natur seiner Krankheit festgestellt ist. Es sind deshalb in Krankenanstalten der Art besondere Beobachtungs- (Quarantäne) Stationen einzurichten. 4. Gegen die Uebertragung von Infectionskrankheiten ist durch genaue Verhaltungsmaassregeln sichere Vorkehrung zu treffen.“ Bevor ich mich entschliesse, einer Regelung auf der

Grundlage der vorstehenden Anregungen näher zu treten, lege ich Werth darauf, hinsichtlich der Ew. Hochwohlgeboren unterstellten Krankenanstalten Ihre gutachtliche Aeusserung über die Angelegenheit, über die Bedürfnissfrage, über die Vorschläge der Deputation, sowie auch darüber kennen zu lernen, ob und inwieweit die vorgeschlagenen Maassregeln bereits ausgeführt sind oder ausführbar erscheinen und inwieweit sie etwa auch für bestehende Anstalten alsbald Vnwendung finden können. Die Privatanstalten für Geisteskranke, Epileptische und Idioten, für welche in dem Ministerial-Erlasse vom 21. März 1901 eine Sonderregelung bereits erfolgt ist, sind von der Berichterstattung auszuscheiden."

Als Muster der schon in einzelnen Bezirken und Bundesstaaten geltenden Bestimmungen über die Anstellung und Dienstanweisung der Krankenhausärzte sei die Verfügung des Regierungspräsidenten in Kassel vom 12. Februar 1894 angeführt: „Zur Wahrung einer einheitlichen ärztlichen Leitung der Krankenanstalten, sowie im Interesse des allgemeinen Wohles und desjenigen der Kranken erscheint es erforderlich, dass die dem Krankenhausarzte obliegenden Pflichten und ihm zustehenden Rechte vom Vorstande bezw. dem Unternehmer klar ausgesprochen und vom Arzte förmlich anerkannt werden. Von Aufsichtswegen wird deshalb hiermit für den Regierungsbezirk Kassel folgendes angeordnet: I. In jeder öffentlichen Krankenanstalt — ausgenommen die staatlichen und die communalständischen —, sowie in jeder privaten — sofern Arzt und Unternehmer nicht dieselbe Person sind — ist seitens des Vorstandes, bezw. des Unternehmers binnen drei Monaten mit dem leitenden Arzte ein besonderer Vertrag abzuschliessen und diesem eine genaue Dienstanweisung zu ertheilen und zwar mit den am Schlusse angeführten Vorschriften. II. Wo bereits ein Vertrag oder eine Dienstanweisung für den Arzt bestehen, sind dieselben erforderlichenfalls nach vorerwähnten Vorschriften entsprechend zu ergänzen. III. Unternehmer von Privatheilanstalten, Inhaber von Concessionen für Kranken- und Irrenanstalten haben, sofern sie Aerzte sind, obige Vorschriften genau zu beachten, andernfalls aber diese Vorschriften ihren Anstaltsärzten ausdrücklich zur Pflicht zu machen. IV. Die Königlichen Kreisärzte haben die in Rede stehenden Verträge und Dienstanweisungen, welche ihnen seitens der Vorstände bezw. der Unternehmer durch Vermittelung des Königlichen Landrathsamtes vorzulegen sind, zu prüfen, die Ausführung obiger Vorschriften zu überwachen und mir hierüber bis 1. Juli d. J. zu berichten.

Dienstanweisung für den Arzt des . . . . . . zu . . . . . . § 1. Der Arzt, welchem die Leitung des gesammten Sanitätsdienstes in der Anstalt obliegt, ist dafür sowohl dem Vorstande, bezw. dem Unternehmer, wie auch den zuständigen Polizei und Gerichtsbehörden verantwortlich. Letzteren hat er nach Maassgabe der darüber bestehenden Vorschriften a) die Aufnahme Verwundeter, Geisteskranker und mit ansteckenden Krankheiten Behafteter, sowie b) das Vorkommen von derartigen Krankheiten, von Unglücksfällen und Selbstmorden innerhalb der Anstalt rechtzeitig anzuzeigen, c) die fernerhin etwa erforderlichen Berichterstattungen pünktlich und sachgemäss auszuführen, auch d) bei Todesfällen, die nach Lage der Sache muthmaasslich zu einer gerichtlichen Leichenöffnung oder Besichtigung Anlass geben, dafür zu sorgen, dass an der Leiche nichts vorgenommen wird, was zur Verdunkelung des Thatbestandes dienen könnte. Eine Leichenöffnung darf in derartigen Fällen unter keinen Umständen erfolgen ohne vorheriges Benehmen mit der zuständigen Polizei- und Gerichtsbehörde. § 2. Der Arzt (§ 1) hat ferner darüber zu wachen, dass in der Anstalt gesorgt wird: a) für stets gesunde reine Luft durch zweckmässige Lufterneuerung, für Erwärmung und Beleuchtung der Krankenzimmer und für Reinlichkeit und Ordnung in sämmtlichen Anstaltsräumen, b) für einwandsfreies Trink-

und Gebrauchswasser, für gesunde Ernährung der Kranken auf Grund der aufgestellten Kostformen, für deren angemessene Bekleidung, der Natur ihrer Krankheit entsprechende Unterbringung und sachgemässe Behandlung, c) für Anordnung und Ueberwachung der etwa erforderlichen vorschriftsmässigen Desinfection, insbesondere der Auswurfstoffe Hustender oder an ansteckenden Krankheiten Leidender, ihrer Kleidung, Leib- und Bettwäsche, sowie der von ihnen benutzten Geschirre, Aborte und (nach Ablauf der Krankheit) auch ihrer Krankenzimmer, genau nach Maassgabe der Ministerial-Erlasse vom 3. April 1883 und 10. December 1890, d) für unschädliche Ableitung der festen und flüssigen Abfallstoffe, der Küchen- und Hauswässer, e) für angemessene Unterbringung und Bewahrung der Leichen. § 3. Der Arzt (§ 1) hat endlich a) ausser den regelmässigen Besuchen sich in dringenden Fällen oder auf Erfordern zu jeder Tages- oder Nachtzeit in die Anstalt zu begeben und bei Behinderung oder Abwesenheit für angemessene Vertretung zu sorgen, bei länger dauernder dies auch dem Vorstande bezw. dem Unternehmer anzuzeigen, b) alle erheblichen Uebelstände betreffs der Pflege und Wartung der Kranken, sowie der Einrichtung und baulichen Beschaffenheit der Anstalt dem Vorstande bezw. dem Unternehmer zur Abhülfe ungesäumt anzuzeigen, c) auf Erfordern auch den regelmässigen und ausserordentlichen Besichtigungen der Anstalt beizuwohnen, d) das Aufnahmebuch und die Krankenjournale (Ministerial-Erlass vom 25. Mai 1880, Ministerial-Blatt S. 198) ordnungsmässig zu führen und bei Anfertigung der vom Vorstande bezw. dem Unternehmer zu liefernden Statistiken und Berichte mitzuwirken, e) bei Arzneiverordnungen jede unnöthige Vertheuerung zu vermeiden, f) im Falle der Besserung oder Genesung die Entlassung der Kranken rechtzeitig anzuordnen und dies dem Vorstande bezw. dem Unternehmer anzuzeigen. § 4. Entlassung von Kranken wegen Vergehen gegen die Hausordnung darf nur vom Vorstande bezw. dem Unternehmer angeordnet werden und ist dem Arzte ungesäumt mitzutheilen. § 5. An ansteckenden Krankheiten Leidende dürfen unter keinen Umständen eher entlassen werden, als bis nach Ausspruch des Arztes jede Gefahr einer Ansteckung durch sie beseitigt ist. § 6. Auf die Kranken bezügliche Abweichungen von der Hausordnung bedürfen der vorherigen Zustimmung des Arztes. § 7. Das Warte- und Pflegepersonal ist bei der Ausübung seines desfallsigen Dienstes dem Arzte untergeordnet und hat dessen Anordnungen unbedingt Folge zu leisten. Aufgestellt und im Anschluss an den Vertrag vom . . . . anerkannt und vollzogen".

Die Anstellung der Anstaltsärzte, die in staatlichen oder grösseren communalen Krankenhäusern volle Beamteneigenschaft und daher auch an der Communalsteuervergünstigung in Preussen (nach der Entscheidung des preussischen Oberverwaltungsgerichts vom 5. Mai 1898 auch die Assistenzärzte der Universitätskliniken) Theil haben, erfolgt durch die Krankenhausverwaltung oder bei den Hülfsärzten durch die dirigirenden Aerzte. Nur die Oberärzte der Universitätskliniken in Preussen werden ebenso wie die dirigirenden Aerzte selbst von dem zuständigen Minister unmittelbar angestellt.

Ueber die Pflichten des Vorstehers der Kranken- u. s. w. Anstalten oder des von von der zuständigen Behörde ermächtigten Anstaltsbeamten in Beziehung auf die Beurkundung des Personenstandes siehe §§ 19—21, 58. SS. 753, 754.

Was die Bekämpfung und Verhütung ansteckender Krankheiten in Kranken- u. s. w. Anstalten angeht, so sind die entsprechenden Bestimmungen hier aufgenommen, soweit sie die Heilanstalten allein berühren. Im Uebrigen muss auf den besonderen Abschnitt über ansteckende Kranke verwiesen werden.

Nach § 3 des Reichsgesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, vom 30. Juni 1900 ist für Krankheits- und Todesfälle

(an Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest, Pocken) in öffentlichen Kranken- u. s. w. Anstalten der Anstaltsvorsteher oder die von der zuständigen Stelle beauftragte Person allein zur Erstattung der Anzeige verpflichtet, während für sämmtliche anderen Krankenanstalten, insbesondere die Privatanstalten, die Anzeigepflicht nach § 2 des genannten Gesetzes gilt und sich daher nicht nur auf den Arzt, sondern auch auf den Krankenhausverwalter und das Pflegepersonal, sowie den Leichenschauer erstreckt. In Beziehung auf die übrigen übertragbaren Krankheiten sind in den einzelnen Bundesstaaten sehr verschiedene Bestimmungen über die Anzeige aus Krankenanstalten in Geltung, deren Aufnahme mit Rücksicht auf den knapp bemessenen Raum nicht möglich ist. Die Verschiedenheit erstreckt sich nicht nur auf die Auswahl der anzuzeigenden Krankheiten, sondern auch auf die anzeigepflichtigen Personen. Meist ist jedoch die Anzeigepflicht den Krankenhausvorstehern und leitenden Aerzten in öffentlichen Anstalten, den behandelnden Aerzten und den Krankenhausverwaltern in den Privatanstalten auferlegt. Der Hülfsarzt ist im Allgemeinen von der Anzeigepflicht befreit, wenn er nicht den abwesenden Chefarzt selbständig vertritt. Der bemerkenswerthe preuss. Min.-Erl. vom 3. April 1883 über das Verhalten der Krankenhausvorstände beim Auftreten ansteckender Krankheiten verdient hier noch besonders angeführt zu werden: „In Folge eines Specialfalles, in welchem wegen Ausbruchs von Pocken in einer sonst gut geleiteten Krankenanstalt nicht nur die Anzeige an die Polizeibehörde unterlassen worden, sondern auch die erforderlichen sanitätspolizeilichen Maassregeln von Seiten des Vorstandes der Anstalt unbeachtet geblieben waren, sowie im Hinblick auf die hierbei zu Tage getretene Unkenntniss der gesetzlichen Bestimmungen des Regulativs bei ansteckenden Krankheiten vom 8. August 1835 sowohl auf Seiten des Vorstandes, als auch der Aerzte der Anstalt, finde ich mich veranlasst, nachfolgende Vorschriften in Erinnerung zu bringen: Auf Grund des § 9 des gedachten Regulativs haben auch die Vorstände aller Krankenanstalten dafür Sorge zu tragen, dass beim Ausbruch von ansteckenden Krankheiten, namentlich von Pocken, Cholera, Flecktyphus, Recurrens, bösartigen Fällen von Ruhr und Scharlach, sofort die Anzeige an die Polizeibehörde gemacht wird. Gleichzeitig ist nach § 18 die thunlichste Isolirung der Kranken zu bewirken, wenn besondere Epidemiehäuser nicht zur Verfügung stehen. Beim Auftreten der Pocken in einer Krankenanstalt, die über ein abgesondertes Pockenhaus nicht gebietet, ist bei den übrigen Insassen derselben die Vaccination bezw. Revaccination nach Maassgabe der allgemeinen gesetzlichen Bestimmungen zu vollziehen. Alle Wärter und Wärterinnen haben sich unbedingt der Revaccination zu unterziehen, sobald mehr als 5 Jahre seit der letzten, etwa bereits erfolgten Revaccination verflossen sind. Bei Kranken, die mit anderen ansteckenden Krankheiten als den genannten behaftet in einer Krankenanstalt Aufnahme gefunden haben, ist mit den entsprechenden Maassnahmen vorzugehen und sind insbesondere die Vorschriften der Anzeige und Isolirung nach Befinden der Umstände zur Geltung zu bringen. Nach der Genesung ist hinsichtlich der Desinfection nach den §§ 19, 20 und 21 und in einem Todesfalle nach § 22 des Regulativs zu verfahren. Ausserdem ist darauf zu halten, dass seitens der Vorstände der Krankenanstalten eine „Instruction“, welche nicht nur die Organisation des ärztlichen Dienstes regelt, sondern auch den Hausärzten als Richtschnur für ihr Verhalten bei ansteckenden Krankheiten dient, überall eingeführt werde. . . .“

Hierzu giebt der Min.-Erlass vom 7. December 1898 noch folgende den Typhus betreffende Erläuterung: „Auf den Bericht vom 7. October d. J., I. 8377 II, die Anzeigepflicht der Krankenhausvorstände bei Typhus betreffend, erwidere ich, dass bei Erlass des Regulativs vom 8. August 1835 die Natur des Typhus wissenschaftlich noch nicht genügend erforscht und die Unterscheidung in Fleckfieber, Unterleibs-

typhus und Rückfallfieber noch nicht durchgeführt war. Hieraus ergiebt sich, dass Alles, was im Regulativ bezüglich des Typhus angeordnet ist, auf diese drei Krankheiten Anwendung zu finden hat. Wenn in dem Erlass meines Herrn Amtsvorgängers vom 3. April 1883 M. 5817 der Unterleibstyphus nicht ausdrücklich genannt ist, so ergiebt sich schon aus dem übrigen Wortlaut, dass damit die Anzeigepflicht bei dieser Krankheit nicht hat aufgehoben werden sollen."

In allen Bundesstaaten, welche in Frage kommen, ist für die Krankenanstalten eine Hausordnung, sowie eine geregelte Buchführung und Registratur — insbesondere die Führung eines Hauptbuches über Vor- und Zunamen, Alter, Familienstand, Religion, Stand (bei Kindern der Stand der Eltern), Wohnort, Wohnung des Kranken, Ausgang der Krankheit —, ferner die Anlegung und Fortführung eines Krankenblattes für jeden Kranken zur Aufnahme der Krankengeschichte vorgeschrieben.

Ueber die Einführung des 100theiligen Thermometers sind in einzelnen Staaten entsprechende Vorschriften, z. B. in Preussen der folgende Min.-Erlass vom 19. Januar 1901: „Aus den auf meinen Erlass vom 7. Juni v. J. — M 5057, U I, U III, U IV — erstatteten Berichten geht hervor, dass die Einführung des 100theiligen Thermometers in allen Theilen der Monarchie erhebliche Fortschritte gemacht hat. Unter Bezugnahme auf die in dem Erlasse hervorgehobenen Gründe lege ich Werth darauf, dass der Gebrauch des 100theiligen Thermometers 1. in allen öffentlichen Kranken- und Irrenanstalten, 2. in den öffentlichen Badeanstalten, 3. in den höheren und niederen Schulen bis zum 30. September d. J. durchgeführt werde, auch wenn die vorhandenen 80theiligen Thermometer noch brauchbar sind; Thermometer mit doppelter Scala sind ebenfalls durch 100theilige Instrumente zu ersetzen. Auch ist dahin zu wirken, dass die Temperaturangaben in den Localblättern nur nach Graden des 100theiligen Thermometers veröffentlicht werden."

Ueber die Verbrechen gegen § 174 des Strafgesetzbuches in Krankenanstalten siehe S. 739. Ueber die Unterbringung von Strafgefangenen in Krankenanstalten siehe S. 744 § 493. Ueber die Verjährung der Ansprüche von Krankenanstalten siehe S. 745 § 196. Ueber die Unterbringung von Dienstboten etc. in Krankenanstalten s. S. 865 § 90. Ueber den Schutz der Krankenanstalten gegen geräuschvolle Betriebe siehe S. 756 § 27. Ueber die Versicherungspflicht der in Krankenanstalten thätigen Pflegepersonen resp. Dienstboten siehe S. 857. Ueber die Unterbringung von erkrankten Kassenmitgliedern in Krankenhäusern siehe S. 767 § 7. Ueber den Schadenersatz für Unfall durch Verschulden eines Krankenhauswärters siehe S. 953. Ueber die Prüfung der Verwalter von Krankenhausapotheken siehe S. 947. Ueber Einrichtung und Betrieb der Krankenhausapotheken sind meist gleichlautende Vorschriften in Geltung. Die entsprechenden Bestimmungen aus der preussischen Verordnung vom 18. Februar 1902 lauten: „D. Zweig-, Krankenhaus- und ärztliche Hausapotheken. § 49. Für eine Zweig-, wie für eine Krankenhaus-Apotheke genügt eine vorschriftsmässig, entsprechend den örtlichen Verhältnissen eingerichtete Officin mit einem Vorrathsraum, in welchem auch kleinere Arbeiten vorgenommen werden können. § 50. Sämmtliche Arzneimittel einer Zweigapotheke müssen aus der Stammapotheke bezogen werden, deren Vorstand für die Beschaffenheit und Güte der Arzneimittel der Zweigapotheke verantwortlich bleibt. Für Krankenhaus-Apotheken, in welchen kein approbirter Apotheker thätig ist, sowie für die ärztlichen Hausapotheken müssen sämmtliche Arzneimittel aus einer Apotheke im Deutschen Reiche entnommen werden. § 51. Für ärztliche Hausapotheken ist in einem besonderen tageshellen, nur für diesen Zweck zu verwendenden Raume ein verschliessbarer Schrank mit

Fächern und Schiebekästen aufzustellen, welche die vorschriftsmässige Absonderung der sehr vorsichtig aufzubewahrenden Mittel ermöglichen; ausserdem müssen sich hier befinden: das erforderliche Arbeitsgeräth an präzisirten Waagen und Gewichten, Mörsern etc., ein Arbeitstisch mit Schiebekästen, sowie ein Handdampfkocher mit Zinn- und Porzellan-Infundirbüchse. Ebenso müssen das Arzneibuch, die Arzneitaxe, die Bestimmungen über Hausapotheken, das Belagbuch über den Einkauf der Arzneimittel und ein Tagebuch zum Eintragen der Verordnungen nebst deren Taxpreisen, sowie die Genehmigung zum Halten einer Hausapotheke und die Apotheken-Betriebsordnung vorhanden sein. Die Genehmigung zur Einrichtung einer Krankenhausapotheke, sowie zum Halten einer ärztlichen Hausapotheke wird von dem Regierungspäsidenten auf Antrag nach Prüfung der Verhältnisse widerruflich ertheilt; derselbe stellt auch nach Anhörung des Regierungs- und Medizinalraths das Verzeichniss der für eine ärztliche Hausapotheke zulässigen Arzneimittel fest. Die Entscheidung über die in einer Krankenhaus-Apotheke vorräthig zu haltenden Arzneimittel ist dem Vorstande des Krankenhauses überlassen.“ Ferner bestimmt § 25 der preussischen Anweisung zur amtlichen Besichtigung der Krankenhaus-Apotheken, dass die Bevollmächtigten die Genehmigungsurkunde, die Approbation oder den Befähigungsnachweis des Betriebsleiters, das Kranken-Tagebuch und das Belagbuch über die Herkunft der Arzneimittel, sowie das deutsche Arzneibuch einzusehen haben. Aehnliche Bestimmungen enthalten die bayerische Apothekenordnung vom 27. Januar 1842, und die Königl. Verordnung vom 19. März 1895, die Württembergische, verf. vom 1. Juli 1885, die Badische Verord. vom 11. September 1896, die Schaumburg-Lippesche Verdrd. vom 15. November 1900, die Hamburgische Medizinalordnung vom 26. Dezember 1899, die Lübeck'sche Medizinalordnung vom 26. Juli 1899 u. s. w.

Ueber die Unterbringung eines zu Entmündigenden in eine Heilanstalt siehe § 656 der C. Pr.-Ordn. (S. 752). Hierbei handelt es sich nicht nur um öffentliche oder private Irrenanstalten, sondern um jede Art von Heilanstalt, in der die Beobachtung eines Geisteskranken seitens eines geeigneten Sachverständigen (Gerichtsarzt, Irrenarzt) möglich ist.

Das unbefugte Aufnehmen und Zurückhalten eines Menschen in einer Krankenanstalt kann dem Verdachte der widerrechtlichen Freiheitsberaubung anheimfallen. Siehe § 239 des Str. G. B. (S. 741.)

## 5. Das praktische Jahr der angehenden Aerzte in Kranken-Anstalten.

Die neue ärztliche Prüfungsordnung vom 28. Mai 1901 (Centralbl. f. d. Deutsche Reich, S. 136) enthält in den §§ 59—62 folgende Bestimmungen: „III. Praktisches Jahr. § 59. Nach vollständiger bestandener ärztlicher Prüfung und in der Regel im unmittelbaren Anschluss an diese hat der Candidat sich ein Jahr lang an einer Universitätsklinik, Universitätspoliklinik oder an einem dazu besonders ermächtigten Krankenhaus innerhalb des Deutschen Reiches unter Aufsicht und Anleitung des Directors oder ärztlichen Leiters als Praktikant zu beschäftigen und von dieser Zeit mindestens ein drittel Jahr vorzugsweise der Behandlung von inneren Krankheiten zu widmen. Die Ermächtigung erfolgt durch den Reichskanzler in Uebereinstimmung mit der Centralbehörde (§ 1) desjenigen Bundesstaats, in dessen Gebiet das Krankenhaus belegen ist, im Reichslande mit dem Ministerium für Elsass-Lothringen. Ein Verzeichniss der ermächtigten Krankenhäuser wird alljährlich vom Reichskanzler veröffentlicht. Die Wahl der Anstalt steht dem Candidaten frei. Ein mehr als zweimaliger Wechsel ist jedoch nur mit Genehmigung der für die Approbation zuständigen Centralbehörde (§ 63 Abs. 2) zulässig. § 60.

Während des praktischen Jahres, welches in der Regel ohne Unterbrechung zu erledigen ist, hat der Candidat seine praktischen Kenntnisse und Fähigkeiten zu vertiefen und fortzubilden sowie auch ausreichendes Verständniss für die Aufgaben und Pflichten des ärztlichen Berufs zu zeigen. Nach Ableistung erhält er darüber ein Zeugniss nach dem beigefügten Muster 5. In demselben ist die Art der Beschäftigung des Praktikanten eingehend zu würdigen. Scheidet der Candidat vor Beendigung des praktischen Jahres aus der Anstalt aus, so ist ihm über seine bisherige Beschäftigung in entsprechender Weise ein Abgangszeugniss zu ertheilen. In beiden Fällen sind die Zeugnisse von dem Direktor der Klinik oder Poliklinik, bei Krankenhäusern von dem ärztlichen Leiter der Anstalt zu unterzeichnen. Gegen die Versagung des Zeugnisses im einen wie im anderen Falle ist binnen zwei Wochen Beschwerde an die der Klinik oder Poliklinik vorgesetzte, bei Krankenhäusern an die im § 59 Abs. 2 bezeichnete Centralbehörde zulässig. Gewinnt die zur Ertheilung der Approbation zuständige Centralbehörde (§ 63 Abs. 2) nach Ablauf des praktischen Jahres nicht die Ueberzeugung, dass der Candidat durch seine Beschäftigung während des praktischen Jahres den nach Abs. 1 zu stellenden Anforderungen entsprochen hat, so ist die Beschäftigung von dem Candidaten vor Ertheilung der Approbation während eines von ihr zu bestimmenden Zeitraumes fortzusetzen. § 61. Für die aus der Kaiser-Wilhelms-Akademie für das militärärztliche Bildungswesen hervorgehenden Unterärzte, welche vor Ablegung der ärztlichen Prüfung in das Charitékrankenhaus zu Berlin commandirt werden, wird diese Zeit auf das praktische Jahr angerechnet. Die Zeit, während deren der Candidat nach vollständig bestandener ärztlicher Prüfung an einem medicinischen nicht klinischen Universitätsinstitut innerhalb des Deutschen Reichs mit Erfolg Assistenz geleistet hat, ist nach dem Ermessen der Centralbehörde (§ 63 Abs. 2) ganz oder theilweise auf das praktische Jahr anzurechnen. Universitätsinstituten dieser Art stehen selbständige medicin-wissenschaftliche Institute gleich, sofern sie unter entsprechender Anwendung des § 59 Abs. 2 ermächtigt worden sind. Die an Anstalten der in § 59 und 61 bezeichneten Art ausserhalb des Deutschen Reichs ausgeübte Thätigkeit kann nur ausnahmsweise als ausreichend erachtet werden. (§ 65). § 62. Soweit die Zahl der nach vorstehenden Bestimmungen ermächtigten Anstalten innerhalb des Reichsgebietes zur Aufnahme des Candidaten nicht ausreicht, kann die Ableistung des praktischen Jahres bei einem geeigneten und vielseitig beschäftigten praktischen Arzte gestattet werden. Die Entscheidung erfolgt auf Antrag des Candidaten durch den Reichskanzler in Uebereinstimmung mit der Centralbehörde (§ 1) desjenigen Bundesstaates, in dessen Gebiet der betreffende Arzt seinen Wohnsitz hat, im Reichslande mit dem Ministerium für Elsass-Lothringen. Von der Entscheidung ist der zur Ertheilung der Approbation zuständigen Centralbehörde (§ 63 Abs. 2) Mittheilung zu machen. Die Bestimmungen der §§ 59 und 60 finden in diesem Falle entsprechende Anwendung."

## 6. Aerztliche Versuche an Menschen in Krankenanstalten.

Der preussische Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medicinal-Angelegenheiten hat unter dem 29. December 1900 folgende Anweisung an die Vorsteher der Kliniken, Polikliniken und sonstigen Krankenanstalten erlassen:

I. „Die Vorsteher der Kliniken, Polikliniken und sonstigen Krankenanstalten weise ich darauf hin, dass medicinische Eingriffe zu anderen als diagnostischen, Heil- und Immunisirungszwecken, auch wenn die sonstigen Voraussetzungen für die rechtliche und sittliche Zulässigkeit vorliegen, doch unter allen Umständen ausgeschlossen sind, wenn 1. es sich um eine Person handelt, die noch minderjährig oder aus anderen Gründen nicht vollkommen geschäftsfähig ist; 2. die betreffende

Person nicht ihre Zustimmung zu dem Eingriffe in unzweideutiger Weise erklärt hat; 3. dieser Erklärung nicht eine sachgemässe Belehrung über die aus dem Eingriffe möglicher Weise hervorgehenden nachtheiligen Folgen vorausgegangen ist.

II. Zugleich bestimme ich, dass 1. Eingriffe dieser Art nur von dem Vorsteher selbst oder mit besonderer Ermächtigung desselben vorgenommen werden dürfen; 2. bei jedem derartigen Eingriffe die Erfüllung der Voraussetzungen zu I No. 1—3 und II No. 1, sowie alle näheren Umstände des Falles auf dem Krankenblatte zu vermerken sind.

III. Die bestehenden Bestimmungen über medicinische Eingriffe zu diagnostischen, Heil- und Immunisirungszwecken werden durch diese Anweisung nicht berührt."

## II. Besondere Bestimmungen über öffentliche Krankenanstalten.

Die Krankenanstalten sind entweder öffentliche oder private, je nachdem sie als gemeinnützige oder als gewerbliche, auf die Erzielung von Ueberschüssen gerichtete Einrichtungen betrieben werden. Nach der Art des Zweckes unterscheidet die Gesetzgebung: Kranken-, Entbindungs- und Irrenanstalten. Den Krankenanstalten in diesem Sinne werden zugerechnet alle Anstalten zur Unterbringung von körperlich Kranken, allgemeine und specialistische, ferner die Erholungsheime, Heilstätten, Sanatorien, Unfallstationen, Rettungs- und Sanitätswachen, soweit sie Vorkehrungen zur Unterbringung von Kranken besitzen. Zu den Entbindungsanstalten sind alle geburtshülflichen und Frauenkliniken, Hebammen-Lehranstalten und Wöchnerinnenasyle zu rechnen, zu den Irrenanstalten die Anstalten für Epileptische, Schwachsinnige und Idioten. Die Taubstummen- und Blindenanstalten gehören nicht unmittelbar zu den Krankenanstalten, vielmehr sind sie als Erziehungs- bezw. Versorgungsanstalten für blinde oder taubstumme Personen anzusehen, deren Krankheitsprocess abgelaufen ist.

### 1) Oeffentliche Krankenanstalten im Allgemeinen.

a) Begriff „öffentliche Krankenanstalt." Alle seitens des Staates, der Gemeinde oder Gemeindeverbände (Kreis, Landschaft, Provinz), von Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Versicherungsanstalten, von sonstigen staatlich anerkannten Corporationen (Stiftungen, Orden, Congregationen, Vereinen vom Rothen Kreuz, sonstigen gemeinnützigen Vereinen etc.) oder von Privaten als Wohlfahrtseinrichtung gegründete und betriebene Kranken-, Entbindungs- und Irrenanstalten, in denen durch die Verpflegung und Behandlung der Kranken Ueberschüsse nicht erzielt werden sollen, gehören zu den öffentlichen Krankenanstalten. Auch die zahlenden Kranken ersetzen in diesen Anstalten nur einen Theil der Selbstkosten. Die Zahl derjenigen Kranken, welche die Selbstkosten der Verwaltung und Verpflegung in den öffentlichen Krankenanstalten mit ihrem Entgelt wirklich decken, ist eine verschwindend kleine.

b) Steuer-, Gerichtskosten- und Einquartierungsbefreiung der öffentlichen Krankenanstalten. In allen Bundesanstalten besteht für die öffentlichen Krankenanstalten Steuerbefreiung, so bestimmt zum Beispiel das preuss. Communalabgabengesetz vom 14. Juli 1893 § 24: „Den Steuern vom Grundbesitz sind die in der Gemeinde belegenen bebauten und unbebauten Grundstücke unterworfen, mit Ausnahme . . . . h) der Armen-, Waisen- und öffentlichen Krankenhäuser". Hierzu erläutert die preussische Ausführungsanweisung vom 10. Mai 1894, Artikel 16, Ziffer 1b: „Die Bestimmungen im § 24h beziehen sich lediglich auf Ge-

bäude, nicht auf Liegenschaften (vergl. § 24i). Die dort aufgeführten Armen-, Waisen- und öffentlichen Krankenhäuser, Gefängniss-, Besserungs-, Bewahr- und diejenigen Wohlthätigkeitsanstalten, welche die Bewahrung vor Schutzlosigkeit oder sittlicher Gefahr bezwecken, sind wegen ihres gemeinnützigen Zweckes steuerfrei, ohne dass zwischen unmittelbarer oder mittelbarer Benutzung der Gebäude für die Zwecke der Anstalt unterschieden würde. Die nicht öffentlichen Krankenhäuser unterliegen stets der Steuerpflicht. Die Forderung eines Entgeldes für Aufnahme und Verpflegung schliesst im Allgemeinen den Charakter der Oeffentlichkeit aus. Wenn aber ein Krankenhaus in überwiegendem Maasse für die unentgeltliche Aufnahme Unbemittelter bestimmt ist, so wird ihm durch die Forderung einer Vergütung gegenüber bemittelten Personen der Charakter der Oeffentlichkeit nicht benommen. Die im § 24h ferner aufgeführten Gebäude milder Stiftungen (mit selbstständiger Rechtspersönlichkeit) geniessen, falls die Gemeinden nicht etwa gemäss der Schlussbestimmung im § 24h eine weitere Ausdehnung beschliessen, nur insoweit Steuerbefreiung, als sie für die Zwecke der Stiftung unmittelbar benutzt werden. Es scheiden somit diejenigen Gebäude aus, deren Ertrag zwar zur Förderung der Zwecke der Stiftung bestimmt ist, die jedoch dem Stiftungszwecke nicht unmittelbar dienen, sondern beispielsweise zu gewerblichen Zwecken verwandt oder vermiethet werden u. s. w. Dagegen findet die Befreiung, wenn nur im Uebrigen die Voraussetzung des Gesetzes zutrifft, auf die Gebäude der Stiftung ohne Unterschied der Art ihrer Benutzung Anwendung; beispielsweise auch auf Oekonomiegebäude.“ Der Befreiung von der Grundsteuer entspricht sinngemäss die Befreiung von allen sonstigen Steuern, insbesondere von der Stempelsteuer und Gewerbesteuer. Aehnliche Bestimmungen sind in Bayern durch Artikel 44 § 2 der Gemeindeordnung vom 29. April 1869, in Sachsen durch § 27 der revidirten Landgemeindeordnung und § 33 der revidirten Städteordnung vom 24. April 1873 erlassen. Nach dem preussischen Gesetz, betreffend die Erbschaftssteuer, vom 30. Mai 1873 (G.-S., S. 344), ist von der Erbschaftssteuer befreit, jeder Anfall, welcher gelangt an öffentliche Armen-, Kranken-, Arbeits-, Straf- und Besserungsanstalten, ferner Waisenhäuser, vom Staate genehmigte Hospitäler und andere Versorgungsanstalten oder andere milde Stiftungen, welche vom Staate ausdrücklich oder durch Verleihung der Rechte juristischer Personen anerkannt sind. Die öffentlichen Krankenanstalten sind ferner durch die Kaiserliche Verordnung vom 24. December 1887 § 1 Ziffer 1 in dem Verfahren vor dem Reichsgericht von Zahlung der Gebühren befreit. Nach § 4 des preussischen Gesetzes vom 10. Mai 1851, welcher auch § 98 des Gerichtskostengesetzes vom 18. Juni 1878 nicht geändert ist, steht den öffentlichen, milden Stiftungen die Befreiung von den Gerichtskosten zu. Nach § 4 des Reichsgesetzes vom 25. Juni 1868 sind die Krankenanstalten auch von der Einquartirung befreit.

## 2. Besondere Bestimmungen über öffentliche Kranken- und Entbindungsanstalten.

Die Vorschriften über Verwaltung, Betrieb und Verpflegung in den öffentlichen Kranken- und Entbindungsanstalten, welche in Preussen, abgesehen von den staatlichen Universitätskliniken, meist provinzielle oder communale Anstalten sind, während sie in den übrigen Bundesstaaten meist staatlich sind, sind in Reglements enthalten, die von der Centralinstanz genehmigt sein müssen. Die Aerzte und zum Theil auch die Pflegepersonen der öffentlichen Anstalten, zum Beispiel in Sachsen, sind Beamte der Gemeinde, des Communalverbandes oder des Staates mit festem Einkommen und Pensionsberechtigung. Die Bestimmungen des Reglements regeln, abgesehen von den

allgemeinen Vorschriften über Leitung und Betrieb die besonderen Aufnahme- und Verpflegungsbedingungen, sind in den einzelnen Gegenden je nach den örtlichen Verhältnissen verschieden und können hier übergangen werden.

## 3. Besondere Bestimmungen über öffentliche Irrenanstalten.

Ueber die Unterbringung eines Angeschuldigten in eine öffentliche Irrenanstalt siehe S. 744, § 81. Ueber die allgemeinen Bestimmungen betreffend die Fürsorge für Geisteskranke siehe das Capitel: Personen mit geistigen Gebrechen. Zu den öffentlichen Irrenanstalten rechnet man in allen Bundesstaaten nur diejenigen, welche vom Staate, der Gemeinde oder dem Gemeindeverbande (Stadt, Kreis, Provinz) unterhalten werden, während die von geistlichen und weltlichen Orden, Genossenschaften und Vereinen betriebenen Irrenanstalten — welche in Beziehung auf die Steuerbefreiung ebenfalls als öffentliche Anstalten wegen ihres Charakters als Wohlfahrtseinrichtung gelten (siehe S. 982) — bezüglich der Einrichtung, Leitung und Beaufsichtigung sowie der Aufnahme und Entlassung von Geisteskranken zu den Privatirrenanstalten gerechnet werden und daher auch den für diese gültigen Bestimmungen unterliegen. Die Betriebsordnungen der öffentlichen Irrenanstalten beruhen in den Bundesstaaten meist auf denselben Grundsätzen. Als Beispiele werden nachstehend ein preussisches Reglement, und die Hamburger Verordnung, betreffend das Irrenwesen und den Betrieb von öffentlichen und privaten Anstalten für Geisteskranke, dem Wortlaut nach angeführt.

a) Betriebsordnung für öffentliche Irrenanstalten.

*α*) Reglement für die Landesirrenanstalten der Provinz Brandenburg vom 3. März 1893 (im Auszuge):

„Verwaltung und Beaufsichtigung der Anstalten.

§ 4. Die Leitung einer Landesirrenanstalt führt in ärztlicher sowohl, wie in administrativer und ökonomischer Beziehung der erste ärztliche Beamte derselben als „Director“. . . . . Er ist der Vorgesetzte aller übrigen Anstaltsbeamten sowie des Wirthschaftspersonals und wird durch den zweiten ärztlichen Beamten der Anstalt, den „Oberarzt“ vertreten, sofern seitens des Landesdirectors nicht eine anderweite Bestimmung getroffen ist. Die Zweiganstalten werden in ärztlicher Beziehung durch den Anstaltsarzt unter der Oberleitung des Directors der betreffenden Landesirrenanstalt, in administrativer und ökonomischer Beziehung dagegen durch den Anstaltsinspector geleitet.. Derselbe ist Vorsteher der Anstalt und der Vorgesetzte aller übrigen Anstaltsbeamten sowie des Wirthschaftspersonals. Er hat für die sorgfältige Ausführung der ärztlichen Anordnungen Sorge zu tragen. Unmittelbarer Vorgesetzter des Oberwärter- und Wärterpersonals ist der Anstaltsarzt. § 5. Nach Maassgabe des Etats der Anstalten sind die zu deren Verwaltung erforderlichen Beamten durch den Provinzialausschuss — nach Anhörung des Anstaltsdirectors — anzustellen; die Annahme und Entlassung des Ober- und Wartepersonals erfolgt jedoch bei den Landesirrenanstalten durch den Anstaltsdirector, bei den Pflegeanstalten auf Vorschlag des Anstaltsarztes durch den Anstaltsvorsteher. Zur Annahme von Hülfsärzten ist die Genehmigung des Landesdirectors erforderlich. Die Rechte und Pflichten sämmtlicher Anstaltsbeamten werden durch das Reglement betreffend die dienstlichen Verhältnisse der Provinzialbeamten und durch die vom Provinzialausschuss ertheilten Dienstanweisungen bestimmt.

Aufnahme der Kranken.

§ 14. Anträge auf Aufnahme von Geisteskranken oder Idioten sind an den Landesdirector zu richten und zwar: a) von dem fürsorglichen Ortsarmenverband —

in Landkreisen durch Vermittelung des Landraths — wenn die Aufnahme auf Grund des Gesetzes vom 11. Juli 1866 verlangt wird; b) von dem gesetzlichen Vertreter des Kranken (Vater, Ehemann, Vormund, Pfleger), einem Verwandten oder der Ehefrau des Kranken durch Vermittelung der Ortspolizeibehörde; c) von der Ortspolizeibehörde unter der Bescheinigung, dass weder von dem fürsorglichen Ortsarmenverbande, noch von den etwa vorhandenen gesetzlichen Vertretern, einem der nächsten bekannten Verwandten, bezw. der Ehefrau ein Antrag auf dessen Aufnahme zu erlangen ist, auch für den Kranken in seiner hülflosen Lage ausreichend nicht gesorgt wird. Wird von dem gesetzlichen Vertreter u. s. w. der Aufnahme widersprochen, so ist die betreffende Erklärung vorzulegen mit der Bescheinigung, dass für den Kranken in seiner hülflosen Lage ausreichend nicht gesorgt wird und die Entmündigung desselben bereits erfolgt oder doch beantragt ist. Allen Anträgen ist beizufügen: 1. ein über das Vorhandensein und die Natur der Geisteskrankheit in Beantwortung der Fragen des vom Landesdirector öffentlich bekannt gemachten Fragebogens von einem approbirten Arzte an Eidesstatt abgegebenes Zeugniss; 2. eine von der Ortspolizeibehörde nach dem vom Landesdirector öffentlich bekannt gemachten Formular ertheilte Bescheinigung über die persönlichen und Vermögensverhältnisse des Kranken. Dem Antrage des Ortsarmenverbandes ist ferner beizufügen eine schriftliche oder von einer staatlichen Behörde abgegebene Erklärung des gesetzlichen Vertreters, der nächsten Verwandten oder der Ehefrau des Kranken, dass sie die Aufnahme genehmigen oder, falls solche nicht vorhanden sind oder der Aufnahme widersprechen, eine Bescheinigung der Ortspolizeibehörde gemäss § 14 c. Der gesetzliche Vertreter bezw. die Ehefrau oder der Verwandte haben ihrem Antrage eine beglaubigte schriftliche Verpflichtung über die Zahlung der Verpflegungsgelder beizufügen. § 15. Ob ein Kranker aufzunehmen ist, darüber entscheidet des Landesdirector nach Anhörung des Directors einer der Landesirrenanstalten, und im Wege der Beschwerde, vorbehaltlich der gesetzlich zulässigen Rechtsmittel, der Provinzialausschuss. . . . . Die Anstalt, in welche der Kranke aufzunehmen ist, bestimmt endgültig der Landesdirector. Ausländer, deren Aufnahme nicht von einem Ortsarmenverbande der Provinz beantragt wird, dürfen erst zugelassen werden, wenn die Zahlung der Verpflegungsgelder ausreichend sicher gestellt ist. § 16. In dringenden Fällen kann der Landesdirector auf Grund eines ärztlichen Zeugnisses nach § 14, No. 1 die vorläufige Aufnahme eines Kranken zulassen, wenn für den Fall, dass in der von ihm gestellten Frist die Aufnahmeerfordernisse nach § 14 nicht nachgebracht werden sollten, die Kosten der Pflege und der Zurückstehung des Kranken ausreichend sicher gestellt sind. Die gleiche Befugniss steht dem Director der Landesirrenanstalten zu, jedoch ist derselbe verpflichtet, sofort die Genehmigung des Landesdirectors einzuholen. § 17. Von jeder Aufnahme eines Kranken in eine Landesirrenanstalt hat der Landesdirector dem zuständigen Vormundschaftsgericht und, falls die Entmündigung des Kranken noch nicht eingetreten ist, der zur Wahrnehmung des öffentlichen Interesses bei Entmündigungen berufenen Behörde (Staatsanwaltschaft) Anzeige zu machen. § 18. Binnen drei Wochen nach der vom Landesdirector erklärten Zulassung der Aufnahme ist der Kranke der Anstalt zuzuführen unter Mitgabe eines von der Ortspolizeibehörde auszufertigenden Geleitscheines, aus welchem die Namen und der Wohnort des Kranken und seiner Begleiter, sowie die dem Kranken mitgegebenen Bekleidungsgegenstände sich ergeben. Herrscht jedoch an dem Aufenthaltsorte eines Kranken eine gefährliche Epidemie (Cholera, Pocken, Flecktyphus, Ruhr u. s. w.), so kann für die Dauer der Epidemie die Aufnahme des Kranken versagt werden. Erfolgt die Aufnahme nicht binnen drei Wochen oder in der etwa vom Landesdirector verlängerten Frist, so ist dieselbe aufs neue ge-

mäss § 14 zu beantragen. § 19. Ausser in dringenden Fällen ist der Anstaltsvorsteher nur an den Wochentagen in der Zeit von acht Uhr Morgens bis acht Uhr Abends einen Kranken aufzunehmen verpflichtet, nachdem er vorher von der Zeit des Eintreffens desselben benachrichtigt worden ist. Auch kann die Aufnahme solcher Kranken versagt werden, welche in unreinem Zustande sich befinden. § 22. Mit Genehmigung des Landesdirectors kann der Director einer Landesirrenanstalt solche Personen, welche zum Zwecke der Beobachtung ihres Gemüthszustandes auf einige Zeit die Aufnahme selbst nachsuchen, einstweilig — jedoch nicht über sechs Monate hinaus — in die Anstalt aufnehmen, wenn die persönlichen Verhältnisse des Aufzunehmenden nachgewiesen und die Verpflegungskosten genügend sicher gestellt sind. Stellt sich im Laufe der Beobachtungszeit das Vorhandensein einer Geisteskrankheit heraus, welche das Verbleiben in der Anstalt nothwendig macht, so hat der Landesdirector das hierzu Erforderliche (§ 14) durch die zuständige Ortspolizeibehörde zu veranlassen.

### Behandlung der Kranken.

§ 23. Solange die Entmündigung eines Kranken noch nicht eingetreten ist, hat der Anstaltsvorsteher die von ihm etwa erforderlich erachtete Fürsorge für die Person oder das Vermögen derselben bei dem zuständigen Vormundschaftsgericht zu beantragen. Auch hat derselbe über den Zustand des Kranken den znr Stellung des Antrages auf Entmündigung Berechtigten (§ 595 der C.P.O.) auf Verlangen jederzeit Mittheilung zu machen. § 24. Bei den Landesirrenanstalten bestehen in Bezug auf die gewöhnliche Unterbringung und Beköstigung der Kranken nach Maassgabe des Etats verschiedene Verpflegungsklassen, in welche dieselben unter Berücksichtigung ihrer früheren Lebensgewohnheiten und ihres Krankheitszustandes sowie ihrer Vermögensverhältnisse nach der Anordnung des Landesdirectors aufgenommen werden. Hülfsbedürftige Kranke sind in die letzte, andere in diejenige Verpflegungsklasse aufzunehmen, für welche die Pflegegelder gezahlt werden. Der Landesdirector kann jedoch auf den Antrag des Directors der Landesirrenanstalt die Versetzung eines Kranken in eine höhere Verpflegungsklasse oder die Ueberführung aus einer Anstalt in die andere gestatten, wenn dies aus ärztlichen Gründen geboten erscheint. § 25. Auf Grund einer besonderen Vereinbarung mit dem Anstaltsvorsteher, welche vom Landesdirector genehmigt und jederzeit zu widerrufen ist, können einem Kranken besondere Leistungen hinsichtlich der Wohnung, Verpflegung oder Wartung gewährt werden. Auch ist der Anstaltsvorsteher befugt, für Kranke zu ausserordentlichen Bedürfnissen oder aussergewöhnlichen Erfrischungen und Genüssen Geldbeträge anzunehmen, über deren Verwendung alsdann am Jahresschluss dem Vertreter des Kranken Mittheilung zu machen ist. § 26. Für solche Kranke, welche sich an Arbeiten für die Anstalt betheiligen, kann dem Anstaltsvorsteher von dem Landesdirector nach Maassgabe des Etats ein Betrag zur Verfügung gestellt werden, um denselben zum Besten jener Kranken zu verwenden. § 27. Im Uebrigen werden die näheren Bestimmungen über die Behandlung der Kranken durch die Hausordnung der Anstalt und die Dienstanweisungen der Beamten getroffen. Die Kranken sind, so lange sie sich in der Anstalt befinden, nach allen ihren Lebensbeziehungen den Anordnungen des Vorstehers und den Vorschriften der Hausordnung unterworfen. Innerhalb dieser wird ihnen indessen jede Freiheit gewährt, welche den Heilzweck nicht gefährdet und mit dem jeweiligen Krankheitszustand sowie mit des Kranken und seiner Umgebung Sicherheit verträglich ist. § 28. Entweicht ein Kranker aus der Anstalt, so sind unverzüglich die nöthigen Maassregeln zu seiner Aufsuchung und Zurückführung zu ergreifen. Wenn diese

nicht innerhalb 24 Stunden Erfolg haben, so sind die Angehörigen des Kranken und die Ortspolizeibehörde, aus deren Bezirk der Kranke der Anstalt zugeführt worden ist, von dem Geschehenen in Kenntniss zu setzen. Zwangsmaassregeln behufs Zurückführung des Entwichenen sind nur im Einverständniss mit derjenigen Ortspolizeibehörde, in deren Bezirk der Kranke angetroffen worden ist, zur Anwendung zu bringen. Sie sind bei nicht gefährlichen Geisteskranken ausgeschlossen, wenn der Entwichene bei seinem gesetzlichen Vertreter, oder in Ermangelung eines solchen, bei einem seiner nächsten Verwandten Aufnahme gefunden hat und diese der Zurückführung widersprechen. § 30. Stirbt ein Kranker in der Anstalt, so hat der Anstaltsvorsteher dies — abgesehen von der vorgeschriebenen Anzeige an den Standesbeamten — unverzüglich a) dem zuständigen Gerichte, sowie dem gesetzlichen Vertreter des Kranken, oder falls dessen Entmündigung noch nicht eingetreten war, der zur Wahrnehmung des öffentlichen Interesses bei Entmündigungen berufenen Behörde, b) der Ortspolizeibehörde, aus deren Bezirk der Verstorbene der Anstalt zugeführt war, anzuzeigen.

Entlassung der Kranken.

§ 31. Die Entlassung eines Kranken muss unverzüglich erfolgen: a) wenn derselbe nach dem Urtheil des Directors der Landesirrenanstalt der Anstaltspflege nicht mehr bedarf, b) wenn der Antrag auf Entmündigung desselben endgültig abgelehnt oder die eingetretene Entmündigung rechtskräftig wieder aufgehoben worden ist, c) wenn der gesetzliche Vertreter desselben es verlangt und die Ortspolizeibehörde, aus deren Bezirk der Kranke der Anstalt zugeführt worden ist, nachdem sie von der Auskunft des Anstaltsvorstehers über den Zustand des Kranken Kenntniss genommen, ihre Zustimmung erklärt hat. § 32. Die Entlassung darf auf den Antrag des gesetzlichen Vertreters oder der Ehefrau des Kranken vom Landesdirector zugelassen werden, wenn sie nach dem Urtheil des Vorstehers der Anstalt ohne Gefahr für den Kranken und für die öffentliche Sicherheit erfolgen kann. § 34. Die Abholung eines Kranken muss in der zu dessen Schutz vom Anstaltsvorsteher für erforderlich erklärten Weise erfolgen. Auf Verlangen ist eine Entlassungsbescheinigung zu ertheilen. § 35. Der Director der Landesirrenanstalt ist befugt, einen Kranken versuchsweise zu entlassen, dessen Genesung zwar wahrscheinlich, jedoch noch nicht sicher ist, aber voraussichtlich auch ausserhalb der Anstalt sich vollenden wird, und innerhalb Jahresfrist oder der etwa vom Landesdirector verlängerten Frist wieder aufzunehmen. Mit Ablauf der Frist gilt die Entlassung als endgültig. Von der Entlassung wie von der Wiederaufnahme ist dem Landesdirector unverzüglich Anzeige zu machen. Während der Kranke sich ausserhalb der Anstalt befindet, sind die Pflegegelder für denselben nicht zu zahlen. § 36. Von der endgültigen Entlassung eines Kranken hat in jedem Falle der Anstaltsvorsteher a) dem Vormundschaftsgerichtsgericht, und wenn die Entmündigung des Kranken noch nicht eingetreten war, den zur Wahrnehmung des öffentlichen Interesses bei Entmündigungen berufenen Behörden, b) der Ortspolizeibehörde, aus deren Bezirk der Entlassene der Anstalt zugeführt worden, Anzeige zu machen."

β) Die Verordnung des Senats in Hamburg vom 1. Juli 1900, betreffend den Betrieb von öffentlichen und privaten Anstalten für Geisteskranke, Idioten und Epileptische: (im Auszuge).

A. Aufnahme. § 1. Geisteskranke, Idioten und Epileptische, deren Behandlung in einer geschlossenen Anstalt nothwendig ist, dürfen nur in die hierfür bestimmten öffentlichen oder behördlich anerkannten oder beaufsichtigten privaten Anstalten aufgenommen werden. § 2. 1. Zur Aufnahme in eine Hamburgische Anstalt

für Geisteskranke, Idioten und Epileptische bedarf es des auf Grund persönlicher Untersuchung ausgestellten Zeugnisses eines approbirten Arztes, welches enthalten muss: a) die Erklärung, dass die Aufnahme wegen Geisteskrankheit, bezw. Idiotie oder Epilepsie erforderlich ist, b) eine Aeusserung über die Haupterscheinungen der Krankheit und c) die Angabe des Zeitpunktes der letzten Untersuchung. 2. Die Aufnahme eines Kranken darf nur innerhalb einer Frist von zwei Wochen nach der letzten ärztlichen Untersuchung erfolgen. 3. Von der Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses kann abgesehen werden: a) falls die Aufnahme von dem leitenden Arzte der Anstalt oder dessen Vertreter für dringlich erklärt wird: b) falls die Aufnahme auf Grund von Anordnungen der Gerichte oder der Staatsanwaltschaft erfolgt. 4. Wünscht ein Kranker freiwillig in eine Irrenanstalt aufgenommen zu werden, so ist dazu erforderlich: a) eine ärztliche Bescheinigung der Zweckmässigkeit der Aufnahme vom medicinischen Standpunkte; b) die schriftliche Einwilligung des Kranken selbst, die, wenn er einen gesetzlichen Vertreter hat, von diesem zu genehmigen ist. 5. Bei Versetzung eines Kranken aus einem Krankenhaus oder einer anderen Anstalt in eine Hamburgische Anstalt für Geisteskranke, Idioten und Epileptische ist gleichzeitig mit der Ueberführung ein ärztlicher Bericht über die Haupterscheinungen der Krankheit und die Gründe der Verlegung beizubringen. Erfolgt die Versetzung aus einer Hamburgischen Anstalt für Geisteskranke, Idioten und Epileptische in eine andere derartige Anstalt, so ist ausserdem eine Abschrift der bei den Akten der ersten Anstalt befindlichen privatärztlichen und amtsärztlichen Zeugnisse baldigst nachzusenden. 6. Bei Versetzung eines Kranken in eine Hamburgische Privat-Irrenanstalt kommt ausserdem die Vorschrift der Aerzte-Ordnung in § 3 No. 6 zur Anwendung. § 3. Von jeder Aufnahme, auch wenn es sich um eine Verlegung aus einer anderen Anstalt handelt, hat der Leiter der Anstalt innerhalb 24 Stunden der zuständigen Polizeibehörde Anzeige zu machen. Die Polizeibehörde hat demnächst die Untersuchung des Kranken durch einen Physikus herbeizuführen, welcher darüber zu berichten hat, ob der Kranke sich zur Behandlung in der betreffenden Anstalt eignet. Falls der Physikus bei der ersten Untersuchung zu einem abschliessenden Urtheil nicht kommt, hat er die Untersuchung zu wiederholen, bis er ein endgültiges Gutachten abgeben kann. Die von den Gerichten oder der Staatsanwaltschaft zur Beobachtung ihres Geisteszustandes der Irrenanstalt überwiesenen Personen unterliegen für ihre Aufnahme der Untersuchung und Begutachtung durch den Physikus nicht. § 4. Falls ein Physikus in nicht amtlicher Eigenschaft die Ueberführung eines Kranken in eine der genannten Anstalten veranlasst, muss das erforderliche Physikatsattest von einem anderen Physikus ausgestellt werden. Dasselbe hat zu geschehen, wenn der Leiter einer Privatirrenanstalt selbst Physikus ist. § 5. Soll ein Geisteskranker aus dem Hamburgischen Staatsgebiet in eine auswärtige Irrenanstalt gebracht werden, so kommen die Vorschriften der Aerzte-Ordnung § 3 unter 6 und der Medicinal-Ordnung § 6 Absatz 4 zur Anwendung. Macht die Erkrankung eines Hamburgischen Staatsangehörigen die Ueberführung in eine auswärtige Irrenanstalt nothwendig, während er vom Hamburgischen Staatsgebiet abwesend ist, so ist dem Zeugniss eines Hamburgischen Physikus das eines anderen deutschen Physikus (Kreisarzt, Bezirksarzt, Amtsarzt) gleich zu stellen.

B. Entlassung. § 6. 1. Gegen den Willen der gesetzlichen Vertreter dürfen Geisteskranke in der Anstalt nur zurückgehalten werden: a) wenn sie auf Veranlassung der Polizeibehörde, der Staatsanwaltschaft oder b) wenn sie von dem leitenden Arzt als für sich oder für Andere gefährlich erklärt werden. In beiden Fällen kann die Entlassung nur nach eingeholter Genehmigung der Polizeibehörde erfolgen. 2. Anträgen auf Entlassung von freiwillig in die Anstalt eingetretenen Kranken muss

in jedem Falle entsprochen werden, falls nicht durch Physikats-Gutachten festgestellt wird, dass der Betreffende sich oder Anderen gefährlich ist. 3. Beurlaubungen eines Kranken aus einer Privatanstalt dürfen die Dauer von vier Wochen nicht überschreiten. Eine Rückführung nach Ablauf dieser Zeit gilt als Neuaufnahme.

C. Betrieb. § 7. In jeder Anstalt muss ein Gesammtkrankenverzeichniss (Hauptbuch) und eine Zu- und Abgangsliste, ferner über jeden Kranken eine Personalakte und eine ärztliche Krankengeschichte fortlaufend geführt werden. Für die Privatanstalten sind die für Hauptbuch und Listen vom Medicinal-Collegium festgestellten Schemata massgebend. § 8. Privatanstalten für Geisteskranke, Idioten und Epileptische sollen, soweit es sich nicht um wirthschaftliche oder Verwaltungsangelegenheiten oder um den Unterricht der Kranken handelt, von einem in der Psychiatrie ausgebildeten Arzte geleitet werden, dessen Wahl vom Medicinal-Collegium zu genehmigen ist. Die dem Arzte ertheilte Genehmigung kann zurückgenommen werden, wenn aus Handlungen oder Unterlassungen desselben sich dessen Unzuverlässigkeit in Bezug auf die ihm übertragene Thätigkeit ergiebt. In jeder Privatanstalt für Geisteskranke, Idioten und Epileptische muss, vorbehaltlich vom Medicinal-Collegium zuzulassender Ausnahmefälle, mindestens ein psychiatrisch ausgebildeter Arzt wohnen. Bei einer grösseren Anzahl von Kranken kann das Medicinal-Collegium die Anstellung weiterer Aerzte verlangen. § 9. Folgende Anordnungen sind in allen Privatanstalten für Geisteskranke, Idioten und Epileptische ausschliesslich den Aerzten vorbehalten: 1. Die Anordnung der Isolirung eines Kranken — abgesehen von Nothfällen, in denen jedoch nachträglich ärztliche Genehmigung erforderlich ist — und die Anordnung etwaiger mechanischer Beschränkung eines Kranken durch Jacken, Binden oder ähnliche Vorrichtungen. Jeder Fall von solcher Beschränkung oder Isolirung ist unter Angabe des Grundes zur Anordnung vom Arzt in ein hierzu bestimmtes Buch, welches nach einem vom Medicinal-Collegium aufgestellten Schema einzurichten ist, einzutragen. 2. Die Anordnung der den einzelnen Kranken zu gewährenden besonderen Kost und Verpflegung. 3. Die Bestimmung über die gesammte Thätigkeit des Wartepersonals, soweit es sich um die Krankenpflege handelt. 4. Die Beantwortung aller mündlichen und schriftlichen Anfragen von Behörden, Anverwandten und gesetzlichen Vertretern, soweit sie sich auf den Krankheitszustand der Insassen beziehen. Ausserdem sind Verlegungen von Kranken auf eine andere Abtheilung, die Beschäftigung der Kranken und die allgemeine Regelung ihrer Beköstigung, sowie die Vertheilung des Wartepersonals nur mit Zustimmung des leitenden Arztes vorzunehmen. Für die öffentlichen Anstalten werden die entsprechenden Anordnungen von den zuständigen Verwaltungsbehörden im Einvernehmen mit dem Medicinal-Collegium festgestellt.

D. Ueberwachung. § 10. Die Aufsicht über die öffentlichen und privaten Anstalten für Geisteskranke, Idioten und Epileptische führt die Commission des Medicinal-Collegiums für das Irrenwesen. Dieselbe besteht aus folgenden fünf Mitgliedern: 1. einem als Gerichtsarzt fungirenden Physikus, welcher den Vorsitz führt; 2. dem Director einer öffentlichen Irrenanstalt, falls ein solcher Mitglied des Medicinal-Collegiums ist, sonst einem zweiten als Gerichtsarzt fungirenden Physikus; 3. einem der praktischen Aerzte; 4. zwei bürgerlichen Mitgliedern. Die Commission wird vom Medicinal-Collegium alljährlich neu gewählt. Es ist darauf zu achten, dass die bürgerlichen Mitglieder jahrweise wechseln. Die Commission ist befugt, weitere psychiatrische Sachverständige zuzuziehen. § 11. Ist in einer Beschwerdesache oder bei einer Anstaltsbesichtigung ein Mitglied der Commission gemäss § 6 der Medicinal-Ordnung Absatz auszuschliessen, so bestimmt der Präses des Medicinal-Collegiums aus der Zahl der übrigen Mitglieder des Medicinal-Collegiums einen Ersatzmann,

welcher soweit möglich der gleichen Categorie wie das ausgeschlossene Mitglied angehören muss. § 12. Die von der Commission vorgenommenen Besichtigungen sind protocollarisch festzustellen. Berichte und Anträge der Commission sind an den Präses des Medicinal-Collegiums zu richten. § 13. Die Besichtigungen der Anstalten durch die Commission finden unangemeldet statt. Die Aerzte der Anstalten sind verpflichtet, die Commission auf Erfordern bei ihrer Besichtigung zu begleiten und die gewünschten Auskünfte zu ertheilen. Die Commission ist berechtigt, die Bücher und Krankengeschichten (§ 7), sowie die über jeden Kranken ausgestellten privatärztlichen und amtsärztlichen Zeugnisse und Gutachten einzusehen. § 14. Ueber die bei der Commission eingehenden Beschwerden ist ein Journal zu führen. Wenn ein Kranker wiederholte, nach Ueberzeugung der Commission durch seine Krankheit verursachte Beschwerden führt, so kann die Commission den Anstaltsleiter befugen, von der Absendung weiterer Beschwerden abzusehen.

E. Schlussbestimmungen. § 15. Die Vorschriften dieser Verordnung finden auf offene Anstalten, in denen die Kranken keiner Einschränkung ihrer persönlichen Freiheit unterliegen, keine Anwendung. § 16. Zuwiderhandlungen gegen diese Verordnung werden gemäss § 25 der Medicinal-Ordnung, sofern nicht nach den bestehenden gesetzlichen Bestimmungen eine höhere Strafe verwirkt ist, mit Geldstrafe bis zu 150 Mark oder mit Haft, und wenn die Zuwiderhandlung eine vorsätzliche war, mit Geldstrafe bis zu 1000 Mark oder mit Gefängniss bis zu drei Monaten geahndet.

b) Aerztliches Aufnahmeattest.

Ueber das ärztliche Attest, welches zur Aufnahme erforderlich ist, gehen die Bestimmungen auseinander. Während in einigen Provinzen Preussens und einigen anderen Bundesstaaten ein amtsärztliches Attest verlangt wird (Pommern, Schlesien, Sachsen, Hannover, Oldenburg, Thüringische Staaten, Bremen, Lübeck u. s. w.) genügt bei den Irrenanstalten in anderen Provinzen und Staaten ein von einem approbirten Arzte an Eidesstatt abgegebenes Zeugniss (Ostpreussen, Brandenburg, Berlin, Schleswig, Westfalen, Hessen-Nassau, Rheinprovinz, — Königreich Sachsen, Württemberg etc.). In Württemberg kann der Anstaltsdirector die Beglaubigung des ärztlichen Zeugnisses durch den beamteten Arzt fordern. In Hamburg muss jeder aufgenommene Geisteskranke sobald als möglich von einem Physikus nachuntersucht werden.

Als Beispiel folgt das Formular für das ärztliche Zeugniss, das durch das Reglement vom 28. Februar 1893 (siehe S. 984) in der Provinz Brandenburg eingeführt ist: „Des Kranken Vor- und Zuname . . . Stand oder Gewerbe . . . Ort, Jahr und Tag der Geburt . . . Letzter Wohnsitz bezw. Aufenthaltsort (Armenhaus, Krankenhaus, Irrenhaus, Gefängniss) . . . Glaubensbekenntniss . . . Familienstand (ledig, verheirathet, verwitwet, geschieden und seit wann?) . . .

Fragen: 1. Wer und wo sind die Eltern des Kranken und in welchen Verhältnissen leben sie? . . . Sind sie miteinander verwandt? . . . In welchem Grade? . . . 2. Sind Geistes- oder Nervenkrankheiten (und welche)? oder Trunksucht oder Selbstmord oder auffallende Charaktere oder Talente vorgekommen bei des Kranken I. Vater? . . . Mutter? . . . II. Grosseltern? . . . Onkel? . . . Tante? . . . a) von Vaters Seite? . . . b) von Mutters Seite? . . . III. Geschwistern? . . . 3. Ist der Kranke unehelich geboren? . . . 4. Sind Kinder des Kranken vorhanden bezw. gestorben? . . . Wieviel? . . . Welchen Alters und Geschlechts? . . . Leiden oder litten die Kinder des Kranken an Geistes- oder Nervenkrankheiten? . . . An welchen? . . . 5. Wie verhielt sich der Kranke in der Kindheit und während der Entwickelungsperiode? (körperliche und geistige Entwickelung, Kinder- und Ent-

wickelungskrankheiten, Geistesanlagen, Gemüthsart, Erziehung, Unterricht) . . . Bei weiblichen Kranken ausserdem: Ist die Kranke gehörig und seit wann menstruirt oder bestehen Anomalien der Menstruation und welche? . . . Wann ist die Menstruation zum letzten Mal eingetreten? . . . 6. Wie war das Verhalten des Kranken wärend der späteren Lebensjahre? . . . Uebten darauf Ehestand, Unglücksfälle, Trunk, Spiel, geschlechtliche Ausschweifungen, Onanie, geistige Ueberanstrengung oder sonstige Verhältnisse einen nachtheiligen Einfluss auf den Kranken aus? . . . Ist der Kranke mit dem Strafgesetz in Conflikt gekommen? . . . Wann? . . . Bestraft? . . . Bei weiblichen Kranken ausserdem? Hat die Kranke geboren? . . . Wie oft und wann? . . . Wie verliefen Schwangerschaften, Entbindungen und Wochenbett? . . . 7. An welchen Krankheiten hat der Kranke nach der Pubertätszeit gelitten? . . . Fand eine syphilitische Ansteckung statt? Welcher Art, mit welchem Verlauf, wie behandelt? . . . Bestehen noch jetzt Complicationen mit constitutionellen Krankheiten? . . . Welche? . . . Sind körperliche Missbildungen vorhanden? . . . Welche? . . . Erlitt der Kranke im Laufe seines Lebens Kopfverletzungen? . . . 8. War Patient schon früh geisteskrank? . . . Wann und wie oft? . . . War er schon in einer Anstalt, in welcher, wie lange, mit welchem Erfolg? . . . 9. Wann bemerkte man die ersten Spuren der gegenwärtigen Geisteskrankheit? . . . Welcher Art waren diese? (Veränderung in der Stimmung, den Neigungen und Gewohnheiten, dem Benehmen, Charakter, der Sprache, der Handschrift, dem Gange, beim Schlafen und Wachen etc.) . . . Was wird als Ursache der Krankheit betrachtet? . . . 10. Wie war der weitere Verlauf der Krankheit? (Genaue Schilderung des Entwickelungsganges derselben bezüglich aller abnormen psychischen und somatischen Erscheinungen) . . . 11. Wie äussert sich zur Zeit die Krankheit? Verhalten des Gesammtorganismus in allen seinen Beziehungen, Kreislauf, Kräfte, Schlaf u. s. w.; Ergebniss der physikalischen Untersuchung der Brust- und Unterleibsorgane, Schwangerschaft? . . . Hernien? . . . Lähmungserscheinungen (Sprache, Gang, Handschrift, Pupillen), Wahnideen, Sinnestäuschungen, Lebensüberdruss, Neigung zur Selbstbeschädigung, zum Selbstmord, zur Gewaltthätigkeit gegen Personen und Sachen, zur Unreinlichkeit, Nahrungsverweigerung u. s. w.)? . . . 12. Form der Geisteskrankheit? a) einfache Geisteskrankheit (Melancholie, Manie, Verrücktheit) . . . b) paralytische Geisteskrankheit . . . c) Geisteskrankheit mit Epilepsie . . . d) erworbener Schwachsinn, Imbezillität . . . e) angeborener Schwachsinn, Idiotismus . . . f) Delirium tremens, Alkoholismus . . . 13. a) Ist die Krankheit als heilbar bezw. als wesentlicher Besserung fähig anzusehen? . . . b) Ist der Kranke sich oder anderen gefährlich? . . . Welche Aeusserungen und Handlungen desselben begründen diese Annahme? . . . Welche Angaben beruhen auf eigener Wahrnehmung des Arztes? . . . Welche auf Mittheilungen anderer Personen und welcher? . . . Bei Verneinung der Fragen unter a und b. c) Weshalb kann an dem Aufenthaltsorte des Kranken nicht ausreichend für denselben gesorgt werden? . . . 14. Wurde der Kranke ärztlich behandelt? . . . Wann, wie und mit welchem Erfolge? . . . Wie wurde der Kranke von seiner Umgebung behandelt? . . . 15. Herrschen zur Zeit an dem Aufenthaltsorte des Kranken contagiöse Infectionskrankheiten (Blattern, Cholera, Ruhr u. s. w.)? . . . Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben nach meinen eigenen Wahrnehmungen und den mir gemachten glaubwürdigen Mittheilungen versichere ich an Eidesstatt.

. . . den . . ten . . . 19 . ."

c) Anzeigepflicht der Leiter von öffentlichen Irrenanstalten. Die Anzeigepflicht der Leiter öffentlicher Irrenanstalten erstreckt sich nicht nur auf das Vorkommen von ansteckenden Krankheiten (siehe S. 977), sondern

auch auf jede Aufnahme oder Entlassung, von denen ausser der Ortspolizeibehörde auch die zuständige Staatsanwaltschaft und bei entmündigten Personen das betreffende Vormundschaftsgericht in Kenntniss zu setzen ist, wie dies durch Verwaltungsvorschriften oder die Reglements überall vorgeschrieben ist. Vergleiche den folgenden preussischen Ministerialerlass vom 24. September 1880: „Es ist die Frage aufgeworfen worden, ob die unter dem 6. December vorigen Jahres von uns erlassene Rundverfügung, wonach die vorgeschriebene Anzeige von der Aufnahme geisteskranker Personen in Privatirrenanstalten fortan nicht mehr den Gerichten, sondern der Staatsanwaltschaft gemacht werden soll, auch auf die Provinzialirrenanstalten auszudehnen sei. In Folge dessen bemerken wir, dass, nachdem in Betreff des Entmündigungsverfahrens gegen Blödsinnige die Initiative von den Gerichten auf die Staatsanwaltschaft übergegangen ist, auch bezüglich der Provinzialirrenanstalten die in den verschiedenen Reglements vorgesehenen Anzeigen über die Aufnahme von Personen in eine solche Anstalt fortan dem zuständigen Staatsanwalt zu machen sind, unbeschadet einer eventuellen gleichzeitig behufs Einleitung einer Vermögenskuratel dem Vormundschaftsrichter zu machenden Mittheilung von der erfolgten Aufnahme. Ew. Excellenz ersuchen wir ganz ergebenst, die Verwaltungsorgane der dortigen Provinz behufs entsprechender Instruction der Direction der Provinzialirrenanstalten gefälligst hierauf aufmerksam zu machen."

Besonders eingehend spricht sich über die Anzeigepflicht der Leiter öffentlicher Irrenanstalten der preussische Ministerial-Erlass vom 2. August 1899 aus, der zugleich die Verpflichtung der Provinzen zur Unterbringung von geisteskranken, wegen ihrer Krankheit ausser Verfolgung gesetzter Personen in eine geeignete Anstalt ausdrücklich feststellt. Der Erlass lautet: „Die Umstände, unter welchen der wegen schwerer Einbruchsdiebstähle zur gerichtlichen Untersuchung gezogene, aber nach Feststellung seiner Unzurechnungsfähigkeit aus der Untersuchungshaft entlassene und später auch ausser Verfolgung gesetzte Geisteskranke B. in die Irrenanstalt zu E. untergebracht worden ist, musste es unbedingt angezeigt erscheinen lassen, der Königlichen Staatsanwalt zu W., auf deren Veranlassung die Unterbringung erfolgte, von dem Entweichen des Genannten aus der Anstalt sofort Mittheilung zu machen. Wenn der Anstaltsdirector in seinem Schreiben an den Landesdirector vom 12. November v. J. sich darauf beruft, dass keine Bestimmung bestehe, welche ihn zu einer solchen Anzeige verpflichte, dass vielmehr auch von der Entlassung eines Irren an der Anstalt der Staatsanwaltschaft lediglich „aus gutem Willen" seitens der Anstaltsdirection Mittheilung gemacht werde, so mag diese Auffassung in dem Mangel entsprechender Vorschriften des Anstaltsreglements und sonstiger allgemeiner Bestimmungen ihre Entschuldigung finden. Es muss indessen dieser Umstand Veranlassung geben, baldthunlichst für die Beseitigung dieses Mangels Sorge zu tragen. Das, was in dem Circularerlasse vom 24. September 1880 wegen der Staatsanwaltschaft zu machenden Anzeige von der Aufnahme eines Irren in eine öffentliche Irrenanstalt angeordnet ist, muss entsprechend der im § 13 des Runderlasses vom 20. September 1895 (Min.-Bl. 1895, S. 271) für Privat-Irrenanstalten erlassenen Vorschriften auch für die Entlassung von Geisteskranken aus den öffentlichen Anstalten Platz greifen. Insbesondere erscheint eine solche Anzeige geboten, wenn es sich um Irre handelt, welche verbrecherischer Handlungen beschuldigt sind, aber ihres krankhaften Zustandes wegen aus der gerichtlichen Untersuchungshaft haben entlassen werden müssen. In noch höherem Grade erweist sich die Nothwendigkeit der Anzeige, wenn ein derartiger Kranker aus der Anstalt entwichen ist. Sofern die Anstaltsreglements dahingehende Vorschriften nicht enthalten, so werden entsprechende Anordnungen im polizeilichen Interesse von Aufsichtswegen

getroffen werden müssen. Im Uebrigen giebt uns der vorliegende Bericht zu folgenden Bemerkungen Anlass: Werden Personen, die wegen Verbrechen oder Vergehen zur gerichtlichen Untersuchung gezogen sind, nach Feststellung ihrer Unzurechnungsfähigkeit in Folge Geisteskrankheit ausser Verfolgung gesetzt und, aus der Untersuchungshaft entlassen, der Polizeibehörde überwiesen, so hat diese zunächst zu prüfen, ob die Unterbringung der Kranken, sei es in ihrem eigenen Interesse, sei es im Falle der Gemeingefährlichkeit im Interesse der Gesammtheit, in einer Irrenanstalt erforderlich ist. Liegt, wie dies in vielen der in Rede stehenden Fälle zutrifft, Gemeingefährlichkeit vor, so sind die Provinzen — in der dortigen Provinz die communalständischen Verbände der Regierungsbezirke — gesetzlich verpflichtet, die Aufnahme solcher Irren in einer Anstalt zu bewirken, welche die zur Verwahrung gemeingefährlicher Geisteskranken nöthigen Einrichtungen bietet und mit dem zur Bewachung solcher Kranken nöthigen Wärterpersonal versehen ist. Dabei bleibt die Art der Unterbringung im einzelnen Falle der sachverständigen Beurtheilung der leitenden Anstaltsärzte überlassen. Jedoch wird nicht ausser Acht zu lassen sein, dass, wenn auch entlassene Untersuchungsgefangene in Beziehung auf ihre Unterbringung im Allgemeinen anderen Irren gleichzuachten sind, dennoch in vielen Fällen wegen der besonderen Art der Gemeingefährlichkeit namentlich bei dem Vorhandensein verbrecherischer Neigungen eine besondere Ueberwachung derselben auch innerhalb der Irrenanstalten unvermeidlich ist. Sind die hierzu erforderlichen Einrichtungen — in den öffentlichen Anstalten der dortigen Provinz — nicht in genügendem Maasse vorhanden, so haben die communalständischen Bezirksverbände die gesetzliche Verpflichtung, solche zu beschaffen oder die Benutzung anderer geeigneter öffentlicher Anstalten in dem, dem Bedürfnisse entsprechenden Maasse sicher zu stellen. Einer besonderen gesetzlichen Regelung bedarf dieser Gegenstand bei dem Bestehen ausreichender gesetzlicher Bestimmungen nicht mehr."

Handelt es sich um Ausländer, so sind Aufnahme und Entlassung der zuständigen oberen Verwaltungsbehörde anzuzeigen, welche die Anzeige an den Minister der auswärtigen Angelegenheiten weiter giebt. Nur wenn es sich um Angehörige der Vereinigten Staaten Nordamerikas handelt, ist diese Anzeige nicht mehr erforderlich. Hierher gehören der preussische Runderlass vom 5. August 1881: „Auf die in dem Berichte der Königl. Regierung vom 26. Juli v. Js. gestellte Anfrage, ob durch die in dem diesseitigen Erlasse vom 6. 12. 1879 hinsichtlich der Anzeigen bei Aufnahme von nicht preussischen Geisteskranken in preussischen Irrenanstalten getroffene Anordnung die Bestimmung des Rescripts vom 21. 1. 1841 (Min.-Bl. für die innere Verw., S. 34), nach welcher bezüglich dergleichen Personen Seitens der Polizeibehörde des Ortes, in welchem die betreffende Irrenanstalt liegt, von ihrer Aufnahme in dieselbe dem Königlichen Ministerium der auswärtigen Angelegenheiten Anzeige zu machen ist, aufgehoben sei, eröffnen wir der Königl. Regierung, dass diese Annahme weder in der Fassung des Erlasses vom 6. Decemb. 1879 einen Anhalt findet, noch die Absicht bestanden hat, das Rescript vom 21. Januar 1841 zu beseitigen. Wir machen zugleich darauf aufmerksam, dass die bezüglichen Anzeigen sowohl in dem Falle, dass der Geisteskranke einem anderen deutschen Bundesstaate als Preussen angehört und auch dort seinen Wohnsitz hat, als in dem Falle, dass der Geisteskranke ein Ausländer im Sinne des § 8 des deutschen Strafgesetzbuches ist, an den Herrn Minister der auswärtigen Angelegenheiten zu erstatten sind", ferner der Min.-Erl. vom 30. 11. 1894: „Seitens der Königl. Niederländischen Regierung ist der Wunsch ausgesprochen worden, dass fortan bei den Benachrichtigungen von der Aufnahme geisteskranker Niederländer in deutsche Irrenanstalten stets auch der Ort, an welchen der Aufgenommene seinen Wohnsitz in

den Niederlanden hat oder innerhalb der letzten 6 Monate gewohnt hat, sowie der Name derjenigen Person mitgetheilt werde, welche die Aufnahme beantragt hat. In Erweiterung der Verfügung vom 21. Januar 1841, betreffend die Anzeige von der Aufnahme nichtpreussischer Geisteskranker in die Irrenanstalten an die zuständige Landes-Polizeibehörde, welche für Privatirrenanstalten unter 2b der Rundverfügung vom 19. 1. 1888 Berücksichtigung gefunden hat, ersuchen wir daher Ew. Excellenz ergebenst, die Vorstände der öffentlichen, wie der Privat-Irrenanstalten gefälligst anzuweisen, in Zukunft die Anzeigen über die Aufnahme geisteskranker Niederländer in der oben angegebenen Richtung zu vervollständigen", ferner der Min.-Erl. vom 11. Juli 1895: „Nach einer Mittheilung des Herrn Ministers der auswärtigen Angelegenheiten gehen ungeachtet unseres Erlasses vom 30. November v. Js. betr. die ärztlichen Anzeigen von der Aufnahme geisteskranker Niederländer in preussische Irrenanstalten noch immer unvollständige derartige Anzeigen ein, ohne dass sie vor der Einreichung von dem zuständigen Regierungspräsidenten ergänzt worden sind. Indem wir noch ausdrücklich darauf hinweisen, dass die Niederländische Regierung zur Beseitigung etwaiger Zweifel stets ausdrücklich hervorgehoben zu sehen wünscht, in welcher niederländischen Gemeinde der Kranke innerhalb der letzten 5 Monate gewohnt oder sich aufgehalten, oder dass er in dieser Zeit überhaupt nicht in den Niederlanden verweilt hat, bringen wir hierdurch unsern oben gedachten Erlass vom 30. November v. Js. in Erinnerung."

## III. Bestimmungen über Privatkrankenanstalten.

### 1. Privatkrankenanstalten im Allgemeinen.

a) Begriff der Privatkrankenanstalt. Eine Anstalt ist dann als Privatkrankenanstalt in dem Sinne des § 30 der R. G. O. anzusehen, wenn sie im Gegensatze zu den öffentlichen Krankenanstalten (siehe S. 982) hauptsächlich die Erzielung von Ueberschüssen aus ihrem Betriebe bezweckt und wenn sie thatsächlich als „Krankenanstalt" angesehen werden muss, in der Räume für den dauernden Aufenthalt von Kranken bereit gehalten werden.

Hierüber spricht sich das Urtheil des preussischen Kammergerichts vom 12. September 1895 wie folgt aus: „Die Begriffsbestimmung ergiebt sich aus der in § 30 der Gewerbeordnung erfolgten Nebeneinanderstellung der Begriffe Privatkrankenanstalt, Privatentbindungsanstalt und Privatirrenanstalt. Diese Nebeneinanderstellung weist darauf hin, dass etwas diesen drei Arten Gemeinsames bestimmend gewesen ist, die Concession der höheren Verwaltungsbehörde zur Errichtung einer solchen Anstalt zu fordern. Dieses gemeinsam Wesentliche ist, dass Kranke, Schwangere und Irre auf eine gewisse Dauer Unterkommen und Verpflegung finden und deshalb ist auch die Gewährung von Unterkommen und Verpflegung auf eine gewisse Dauer das Wesentliche für die Begriffsbestimmung einer Krankenanstalt im Sinne des § 30 der R. G. O. Ohne dieses für die gegebene Begriffsbestimmung Wesentliche würde es an der nöthigen Abgrenzung gegen andere zur Behandlung und Heilung von Kranken bestimmten Einrichtungen fehlen."

Das preuss. O. V. G. ist in seinem Urtheil vom 1. April 1897 zu der Ansicht gelangt, dass in den bereit gestellten Räumen auch Betten vorhanden sein müssen, wenn die Anstalt als „Krankenanstalt" gekennzeichnet sein soll. Es führt aus: „Es muss der Ansicht dahin beigetreten werden, dass eine concessionspflichtige Privatkrankenanstalt nur dann anzunehmen ist, wenn Betten für die zu behandelnden Kranken vorhanden sind. Hierfür spricht zunächst der gewöhnliche Sprachgebrauch, demzufolge unter Krankenanstalten Anstalten mit Betten verstanden werden . . . .

Ohne jenes bestimmte, sicher und leicht erkennbare Begriffsmerkmal mangelt es an einer festen Abgrenzung des concessionspflichtigen Unternehmens von anderen, die offenbar keine Concession nöthig haben sollen oder können, wie blossen Sprechzimmern der Aerzte, den Ateliers der Zahnärzte, den gewöhnlichen Polikliniken u. s. w. Auch passt zu ihnen, dass in den dem § 30 durch die Novelle vom 6. August 1896 hinzugefügten Bestimmungen unter c. u. d. davon, dass die Gebäude auch von anderen Personen bewohnt ist, von Mitbewohnern des Gebäudes und von der Aufnahme von Personen mit ansteckenden Krankheiten die Rede ist. Vor allem fällt aber ins Gewicht, dass in dem mittelst Circulars u. s. w. vom 19. August 1895 mitgetheilten Entwurfe über Anlage, Bau, Errichtung von öffentlichen und Privatkranken- u. s. w. Anstalten . . . nur an Anstalten mit Betten gedacht . . . . . also in den bei der Aufstellung des Entwurfes betheiligten Kreisen allgemein als selbstverständlich angesehen worden ist, dass es Privatkrankenanstalten ohne Betten nicht giebt."

Dagegen hat das Reichsgericht wie folgt entschieden (Urtheil vom 7. Juli 1899): „Bei der Privatkrankenanstalt handelt es sich um Veranstaltungen von gewisser Dauer, durch die besondere Räumlichkeiten für die Heilung einer Mehrheit wechselnder Kranken bestimmt und eingerichtet sind. Wesentlich ist die Aufnahme des Kranken in die Anstalt . . . . Danach kann im Gegensatze zu blossen Heilanstalten eine Krankenanstalt nur da angenommen werden, wo die Kranken in den hierzu bereitstehenden Räumen ihren auf eine gewisse Dauer berechneten Aufenthalt nehmen . . . . . Es genügt, wenn die Räume der Anstalt den örtlichen Mittelpunkt bilden, zu dem die Kranken stetig zurückkehren, und wo ihre Lebensweise in Verbindung mit der anzuwendenden Heilmethode geregelt und überwacht wird." Ferner Urtheil vom 6. Sept. 1899: „Ob Betten in der Anstalt sind, ob Nachtquartier gewährt wird, darauf kommt es nicht an. Eine Aufnahme von Kranken liegt schon dann vor, wenn auf längere Zeit Aufnahme und Pflege gegeben wird." Hiernach sind Privat-Heilanstalten, welche nicht Betten führen oder Nachtquartier gewähren, zum Beispiel Polikliniken, Heilgymnastische, Massage- und Badeanstalten etc. im gegebenen Falle ebenso als Privatkrankenanstalten zu betrachten und concessionspflichtig, wie die Privatheilanstalten mit Betten. Indessen kommt es nach dem Urth. des Reichsgerichts vom 7. Juli 1899 ständig in dem einzelnen Falle auf den objektiven Thatbestand an, auf Grund dessen nach der Gesammtsumme aller Verhältnisse bei obwaltenden Zweifeln über die Natur der Anstalt zu entscheiden ist. Zum Beispiel wird (nach dem Urth. d. preuss. O. V. G. vom 27. April 1897) ein Badearzt, welcher in seinem Hause ein Pensionat für gesunde und erholungsbedürftige Badegäste („Sommerfrischler") unterhält, die Concession zum Halten einer Privatkrankenanstalt dann nachzusuchen haben, wenn er auch kranke Besucher des Bades zur ärztlichen Behandlung gegen Entgelt aufnimmt und verpflegt, sowie er dies nicht nur vereinzelt oder vorübergehend, sondern wiederholt thut, da sonst der Begriff der „Anstalt" fehlen würde. Für sein Pensionat wird er dagegen im gegebenen Falle die Concession zur Führung einer Gastwirthschaft haben müssen.

b) Concessionspflicht des Unternehmers. Ueber die Concessionspflicht für die Unternehmer von Privatkranken-, Privatentbindungs- und Privatirrenanstalten siehe § 30 Absatz 1 der Reichsgewerbeordnung (Seite 757).

*α*) Verleihung der Concession.

Der Antrag auf Verleihung einer Concession ist bei der höheren Verwaltungsbehörde einzureichen, welche über die Verleihung zu befinden hat. In Preussen ist dies nach § 115 des Zuständigkeitsgesetzes vom 1. August

1883: der Bezirksausschuss, in Berlin der Polizeipräsident (gegen den versagenden Beschluss desselben findet innerhalb 2 Wochen die Klage bei dem Bezirksausschusse statt); in Bayern nach § 10 der Vollzugsverordnung vom 29. März 1892: die Distriktspolizeibehörde (in München die Polizeidirektion); in Sachsen nach § 27 des Organ.-Gesetzes vom 21. April 1873 die Kreishauptmannschaft unter Zuziehung des Kreisausschusses; — in Württemberg nach § 5 der Ministerialverfügung vom 9. September 1883: die Kreisregierung; — in Baden nach §§ 34—37 der Vollzugsverordnung vom 23. December 1883: der Bezirksrath; — in Hessen nach der Verordnung vom 8. Januar 1898: der Keisausschuss u. s. w. Vorbildlich für die Form des zweckmässig in doppelter Ausführung einzureichenden Antrags ist die hessische Verordnung vom 8. Januar 1898, nach der in dem Antrag enthalten sein müssen: a) Angaben über Namen, Geburts- und Wohnort, Stand, Alter, Vorbildung und seitherige Thätigkeit des Unternehmers (Zeugnisse über Vorbildung [Approbation u. s. w.], und sonstige Thätigkeit sind beizufügen) und, wenn für die administrative oder technische Leitung der Anstalt Stellvertreter ernannt werden sollen, die gleichen Angaben auch bezüglich der letzteren. b) Angaben über die Zweckbestimmung der Anstalt und den in Aussicht genommenen Umfang, sodann eine Beschreibung der baulichen und sonstigen technischen Einrichtungen unter Berücksichtigung der gesundheitspolizeilichen Anforderungen. c) Als Beilage: Pläne und Zeichnungen, aus denen Lage, Grösse und Einrichtung der für die Anstalt in Aussicht genommenen Baulichkeiten und ihrer Zubehörungen, sowie deren nähere Umgebung, die Zahl, Grösse und Bestimmung der den Anstaltszwecken dienenden Zimmer und sonstigen Räume zu entnehmen ist. Zugleich ist die Bauerlaubniss der zuständigen Ortspolizeibehörde beizufügen. Als Unternehmer gilt derjenige, in dessen Namen und für dessen Rechnung der Betrieb der Anstalt erfolgt. Er muss eine physische Person sein. Beabsichtigen juristische Personen, eingetragene Genossenschaften, Aktiengesellschaften u. s. w. Privatheilanstalten zu errichten, so müssen sie nach dem Urtheil des preussischen Oberverwaltungsgerichts vom 16. September 1882 und dem preussischen Ministerialerlass vom 21. Februar 1893 eine bestimmte Person bezeichnen, der die Concession übertragen werden soll. Der Unternehmer muss nach den Motiven der Reichsgewerbeordnung „denjenigen besonderen Grad von Umsicht, Erfahrung und Kenntniss nach der technischen wie nach der administrativen Seite besitzen, welcher erforderlich ist, wenn solche Anstalten ihren Charakter als gemeinnützige Unternehmungen behaupten sollen. Er muss durch seine Vergangenheit die Annahme ausschliessen, als könne sein Geschäftsbetrieb auf eine strafbare oder auch nur unredliche Ausbeutung des seiner Anstalt sich anvertrauenden Publikums gerichtet sein. Der Staat darf verlangen, dass der Unternehmer, sei es in eigener Person oder durch einen vertrauenswürdigen Stellvertreter, nach den vorbezeichneten Richtungen und insbesondere auch in Ansehung der Sorge für die nöthig werdende ärztliche Hülfe die den Interessen der Kranken entsprechende Garantie biete.“ Ueber die persönliche Unzuverlässigkeit sprechen sich Rapmund-Dietrich (a. a. O. SS. 355—357) wie folgt aus: „Sie kann in einem moralischen, intellektuellen oder physischen Mangel beruhen; finanzielle Unzuverlässigkeit bildet dagegen keinen Versagungsgrund (Urtheil des preussischen Oberverwaltungsgerichts vom 23. Mai 1877). Was zunächst die moralische Unzuverlässigkeit anbelangt, so werden Personen, die wiederholt mit dem Strafgesetze in Conflikt gerathen sind, insbesondere wegen Vergehen gegen das Eigenthum, gegen Leben und Gesundheit, zweifellos als unfähig für die Leitung oder Verwaltung einer Privatkranken- u. s. w. Anstalt anzusehen sein. Dasselbe gilt, wenn dem Antragsteller nachgewiesen werden kann, dass er bei anderen Gelegenheiten dem Gesetze

ungehorsam gewesen und die zum Schutze der öffentlichen Interessen von den zuständigen Behörden getroffenen Anordnungen ausser Acht gelassen hat, weil dann eine genügende Gewähr dafür fehlt, dass er sich nicht auch bei dem beabsichtigten Unternehmen eines ehrlosen, das öffentliche Wohl gefährdenden Verhaltens schuldig machen werde (Urtheil des Oberverwaltungsgerichts vom 12. Mai 1880). Auf welchem Gebiete die Thatsachen der moralischen Unzuverlässigkeit liegen, ist also gleichgültig, auch aus derartigen Handlungen der Ehefrau kann eine solche des Unternehmers angenommen werden (Urtheil des preussischen Oberverwaltungsgerichts vom 11. Decbr. 1896). Bei Ausschliessung eines Arztes aus ärztlichen oder gesellschaftlichen Vereinigungen sind die Gründe der Ausschliessung festzustellen; denn nicht aus dieser selbst, sondern erst aus den thatsächlichen Feststellungen, die zur Ausschliessung geführt haben, lässt sich ein Urtheil darüber bilden, ob der betreffende Arzt im Sinne des § 30 der Gewerbeordnung als unzuverlässig zu erachten ist (Urtheil des preussischen Oberverwaltungsgerichts, vom 18. December 1897). Anders liegen die Verhältnisse jedoch, wenn einem Arzt von einer staatlich anerkannten Aerztekammer die Wahlrechte und die Wählbarkeit dauernd oder auf Zeit wegen erheblicher oder wiederholter Verletzung seiner Berufspflichten u. s. w. entzogen ist; dies dürfte als wirksame Thatsache für moralische Unzuverlässigkeit gelten. Eine intellektuelle Unfähigkeit wird bei einem Arzt als Unternehmer besonders dann in Frage kommen, wenn er etwa wegen fahrlässiger Körperverletzung, Ausstellung falscher Zeugnisse u. s. w. in Ausübung seines Berufs bestraft worden ist oder aus der Art der Krankenuntersuchung und des Heilverfahrens auf den Mangel ärztlicher Fachbildung und die Unzuverlässigkeit des Antragstellers geschlossen werden muss (Ministerialerlass des sächsischen Ministers des Innern vom 22. Januar 1889). Bei Privat-Irrenanstalten wird ausserdem der Mangel einer speciell wissenschaftlichen Vorbildung ins Gewicht fallen. Aber an und für sich kann auch bei dem Arzte medicinisch-technische Unfähigkeit nicht als Versagungsgrund angesehen werden, da Jedermann, auch ohne als Arzt approbirt zu sein nach den geltenden Bestimmungen zur Errichtung von Privatkrankenanstalten berechtigt ist. Die Behörde wird allerdings stets die wissenschaftliche Qualifikation des Antragstellers in Bezug auf die technische Leitung prüfen und beim Mangel derselben die Concession nur unter gewissen Bedingungen ertheilen, z. B. Bestellung eines geeigneten Stellvertreters, bezw. ärztlichen Leiters; Beschränkung auf die Aufnahme bestimmter Kranker, deren Krankheit ausserdem durch ein ärztliches Attest bescheinigt ist (siehe weiter unten) u. s. w. Wenn jedoch die geistigen Fähigkeiten des Unternehmers auf so niedriger Stufe stehen oder in Folge von Geisteskrankheit derartig gebunden sind, dass er ausser Stande ist, den Anstaltsbetrieb zu übersehen, so wird die Erlaubniss überhaupt zu versagen sein, da die Fähigkeit zur Beaufsichtigung fehlt, die der Inhaber der Concession nach § 151 der Gewerbeordnung auch dann befolgen muss, wenn ein Stellvertreter mit der Leitung der Anstalt beauftragt ist (Urtheil des Oberverwaltungsgerichts vom 28. September 1878). Ueber den Umfang der technischen Kenntnisse, die von einem Unternehmer zu verlangen sind, hat sich das preussische Oberverwaltungsgericht in seinem Urtheil vom 19. Januar 1898 wie folgt ausgesprochen: „„. . . . . Es kann nicht anerkannt werden, dass die mangelnde Fähigkeit, eine Krankheit richtig zu erkennen, ohne Weiteres auch die Unfähigkeit in sich schliesst, Krankheiten die für die Anstaltsbehandlung in Aussicht genommen sind, nachdem sie durch einen dazu befähigten Arzt in ihrer Eigenart zuvor erkannt worden sind, richtig zu behandeln; . . . . im Gegentheil, in Preussen ist schon von 1842 ab (durch die jetzt nicht mehr gültige Kabinettsordre vom 21. Juli 1842 betreffend die Errichtung und Verwaltung von Wasserheilanstalten) Jahrzehnte

lang der Rechtszustand der gewesen, dass Kranke, nachdem zuvor die Beschaffenheit ihrer Krankheit durch ein Attest einer approbirtenMedicinalperson festgestellt worden worden war, von Nichtärzten, also von Personen, welche die Fähigkeit, Krankheiten zu erkennen, nicht zu besitzen brauchten, in Wasserheilanstalten einer von jeder behördlichen Einwirkung freien Curbehandlung unterworfen werden konnten. . . . Der Ausschluss des Klägers von jedweder ärztlichen Behandlung der Kranken würde an sich nicht auch den Ausschluss von solchen Hülfsleistungen bewirken, wie sie zum Geschäftskreise der Masseure, Heildiener, Krankengehülfen und ähnlicher nicht ärztlich vorgebildeter Personen gehören. Anderseits lässt die in den Gründen enthaltene Motivirung dieser Bedingung dahin, dass ihm lediglich die Verwaltung der Anstalt überlassen werden könne, weil anderenfalls zu befürchten sei, dass er, wie bisher, so auch künftig, selbst wenn die Anstalt unter Leitung eines Arztes gestellt würde, verhältnissmässig selbstständig der Behandlung der Kranken vorstehen werde, es in hohem Grade zweifelhaft erscheinen, ob der Vorderrichter die zweite Bedingung nicht in der That dahin hat verstanden wissen wollen, dass der Kläger auch derartige Hülfsdienste bei der Krankenbehandlung nicht verrichten dürfe . . . Aus der von dem Strafrichter mit einer Geldstrafe von zehn Mark als gesichert erachteten Uebertretung der Gewerbeordnung (wegen unconcessionirten Betriebes einer Privatkrankenanstalt) war . . . ein Grund zur Versagung der Concession nicht zu entnehmen, da bezüglich der Persönlichkeit des seit langen Jahren in M. domicilirten Klägers irgend etwas Nachtheiliges sonst nicht vorliegt. Ebensowenig konnte aber aus der nach dem Gutachten des vernommenen Sachverständigen und der nicht ausreichenden wissenschaftlichen Vorbildung des Klägers anzunehmenden ungenügenden Befähigung desselben zur Erkennung von Krankheiten ein Grund entnommen werden, ihm die erbetene Concession überhaupt zu versagen, zumal die langjährige Ausübung seines Gewerbes als Naturheilkundiger und der schon einige Zeit von ihm durchgeführte Betrieb seiner Heilanstalt bisher zu Anständen keine Veranlassung gegeben haben. Zweifellos würde der bei dem Kläger obwaltende Mangel an Fähigkeit zur Erkennung von Krankheiten dadurch ausgeglichen werden können, dass die Anstalt unter die Leitung eines approbirten Arztes gestellt würde, in dessen Händen alsdann auch die Feststellung der Beschaffenheit der Krankheiten läge. Nach der Sachlage liegt aber kein ausreichender Grund vor, eine soweit greifende Beschränkung des Klägers eintreten zu lassen. Es muss vielmehr für genügend erachtet werden, wenn . . . . . die Concession unter der Bedingung ertheilt wird, dass die Beschaffenheit der Krankheit jedes in der Anstalt zu behandelnden Kranken durch das Attest einer approbirten Medicinalperson bescheinigt sein muss und vor Beibringung dieses Attestes Niemand zum Gebrauch der Anstalt zugelassen werden darf. Diese Maassnahme in Verbindung mit der den Medicinalbehörden zustehenden Aufsicht über die Anstalt erscheint genügend, um die sich in die Anstalt begebenden Kranken vor denjenigen Gefahren, die aus dem vom Sachverständigen begutachteten Mangel des Klägers entstehen könnten, zu sichern und das öffentliche Interesse zu wahren. Abweichend von dem Vorderrichter war aber anderseits die Concessionsertheilung den eigenen Angaben des Klägers entsprechend dahin zu beschränken, dass Kranke, die mit acuten oder ansteckenden Krankheiten behaftet sind, von der Aufnahme und Behandlung in der Anstalt ausgeschlossen sind."" Physische Unzuverlässigkeit liegt bei Blindheit, Lähmung, anhaltender Bettlägerigkeit oder anderen erheblichen körperlichen Mängeln vor, vorausgesetzt, dass diese den Concessionsinhaber zu der ihm auch bei Annahme eines Stellvertreters verbleibenden Beaufsichtigung des Anstaltsbetriebes unfähig machen."

Bezüglich der baulichen und sonstigen technischen Einrichtungen, welche

in Privatheilanstalten nach § 30 b der R.-G.-O. (siehe S. 982) den gesundheitspolizeilichen Anforderungen entsprechen müssen, siehe S. 970. Ausser der Ortspolizeibehörde und der Gemeindebehörde ist vor Ertheilung der Concession in den meisten Bundesstaaten auch der beamtete Arzt zu hören, z. B. in Preussen nach § 103 der Dienstanweisung für die Kreisärzte vom 23. März 1901. In Bayern ist nach der Min.-Entschl. vom 3. December 1895 § 7 Absatz 3 bei Anlage von Privat-Irrenanstalten auch der Director der einschlägigen Kreisirrenanstalt zu einer gutachtlichen Aeusserung zu veranlassen. Gegen den die Genehmigung versagenden oder nur unter Bedingungen zu ertheilenden Beschluss findet nach §§ 20, 21, 40 Absatz 2 der Reichsgewerbeordnung (siehe SS. 755, 756, 758) auf schriftlichen, innerhalb 14 Tagen zu stellenden Antrag des Unternehmers mündliche Verhandlung und gegen den dann erfolgenden endgültigen Bescheid Recurs bei der zuständigen Recursbehörde statt. Diese ist in Preussen: das Oberverwaltungsgericht, in Bayern: die Kreisregierung, in Sachsen, Württemberg und Baden: das Ministerium des Innern, in Hessen: der Provinzialausschuss und in höchster Instanz das Ministerium des Innern u. s. w. Die Concession darf nach § 40 der R.-G.-O. (siehe S. 758) weder auf Zeit verliehen, noch abgesehen von den Bestimmungen in den §§ 53 und 143 der R.-G.-O. (siehe SS. 758, 760) widerrufen werden.

$\beta$) Verlust der Concession.

$\alpha\alpha$) Erlöschen der Concession. Die Concession einer Privatheilanstalt, welche eine rein persönliche und an bestimmte Räume gebunden ist, erlischt unter gewissen Verhältnissen: 1. Nach § 49 Absatz 1 der R.-G.-O. (siehe S. 758), wenn der Inhaber nach Empfang derselben die von der Concessionsbehörde bestimmte Zeit oder falls keine Zeit festgesetzt ist, ein ganzes Jahr verstreichen lässt, ohne davon Gebrauch zu machen. 2. Desgleichen nach § 49 Absatz 2 und 4 der R.-G.-O., wenn die Concession durch Einstellung des Gewerbebetriebes während eines Zeitraums von drei Jahren geruht hat, ohne dass eine Fristung nachgesucht und ertheilt worden ist. Das Verfahren für die Fristung ist dasselbe, wie für die Genehmigung neuer Anlagen. 3. Die Concession kann nach dem Urtheil des bayerischen Verw.-Gerichts vom 2. October 1880 mittelst schriftlicher oder mündlicher Abmeldung zurückgegeben werden. 4. Die Concession erlischt durch den Tod des Inhabers. Hinterlässt der Inhaber eine Wittwe oder minderjährige Erben, so kann nach § 46 der R.-G.-O. (siehe S. 758) dss Gewerbe für deren Rechnung durch einen qualificirten Stellvertreter [vergl. § 45 der R.-G.-O. S. 758 [1])] während des Wittwenstandes und bis zur Grossjährigkeit der Erben fortgesetzt werden. Nach § 45 der R.-G.-O. bedarf der Stellvertreter keiner Concession, er muss jedoch den in dem § 30 Abs. 1a der R.-G.-O. vorgeschriebenen Erfordernissen in Bezug auf die persönliche Zuverlässigkeit genügen und wird durch einen besonderen Bescheid der Ortspolizeibehörde als Stellvertreter zugelassen. Die Wittwe kann, wenn sie einen qualificirten Stellvertreter angestellt hat, nach dem Urtheil des preuss. O.-V.-G. die Heilanstalt auch in eigener Person betreiben. 5. Die Concession erlischt durch Verkauf oder Verpachtung unter der Voraussetzung, dass der Inhaber die Concession nicht mehr ausübt. Verkauft der Inhaber dagegen nur die Gebäude seiner Anstalt

---

1) Der Inhaber einer Concession kann den Gewerbebetrieb einem Stellvertreter übertragen, der zugleich die Verantwortung übernimmt. Nach § 151 der R.-G.-O. (siehe S. 761) bleibt jedoch der Concessionsinhaber verantwortlich für die von dem Stellvertreter mit seinem Vorwissen begangenen Uebertretungen oder, wenn der Inhaber es bei der nach den Verhältnissen möglichen eigenen Beaufsichtigung des Stellvertreters an der erforderlichen Sorgfalt hat fehlen lassen.

und behält sie durch Pachtung in seinem Betriebe, so erlischt die Concession nicht. Will der Käufer oder auch der Pächter (Urtheil des preuss. O.-V.-G. vom 10. Mai 1883) die Heilanstalt selbst betreiben, so ist er Unternehmer und bedarf einer Concession. 6. Einer neuen Concession bedarf es auch, wenn der Inhaber die Gebäude, Räume oder den Betrieb wesentlich verändern will gegenüber der in der Concessionsurkunde gezogenen Grenzen, z. B. Verlegung der Anstalt in andere Räume, Einrichtung eines anderen Betriebs (Aenderung der Krankenanstalt in eine Irrenanstalt). Dagegen ist nach dem Urtheil des preuss. O.-V.-G. vom 30. December 1881 eine neue Concession nicht erforderlich, wenn nach dem Abbruche oder Abbrennen der Anstalt diese nach dem in der alten Concession genehmigten Plan wieder aufgebaut, eingerichtet und betrieben wird.

$\beta\beta$) Zurücknahme der Concession. Nach den §§ 53, 54 und 143 der R.-G.-O. (siehe SS. 758, 759, 761) kann die Zurücknahme der Concession seitens der Verleihungsbehörde (siehe SS. 995, 996) — nicht aber in Folge einer richterlichen oder administrativen Entscheidung — auf Antrag der zuständigen Ortspolizeibehörde (Urtheil des preuss. O.-V.-G. vom 1. October 1894) erfolgen, 1. wenn die Unrichtigkeit der Nachweise dargethan wird, auf Grund deren die Concession ertheilt worden ist oder wenn dem Inhaber einer Concession die bürgerlichen Ehrenrechte aberkannt sind, in letzterem Falle jedoch nur für die Dauer des Ehrenverlustes[1]). Doch ist die Entziehungsbehörde nicht verpflichtet, das beantragte Entziehungsverfahren einzuleiten. Auch kann sie auf eine kürzere Entziehungszeit erkennen, als der Verlust der Ehrenrechte andauert. 2. Wenn aus Handlungen oder Unterlassungen des Concessionsinhabers der Mangel derjenigen Eigenschaften, welche bei der Ertheilung der Concession vorausgesetzt werden mussten, klar erhellt. Nach dem Urtheil des preuss. O.-V.-G. vom 7. Februar 1889 müssen die für die Entziehung maassgebenden Handlungen und Unterlassungen selbstverschuldete sein, soweit es sich um moralische handelt. Dagegen ist dies nicht erforderlich beim Verluste der intellectuellen oder psychischen Befähigung, da der Verlust der Eigenschaften technischer Befähigung ohne jedes subjectives Verschulden des Gewerbetreibenden eintreten kann. Zu den Unterlassungen gehört nach dem Urtheil des preuss. O.-V.-G. vom 16. December 1894 und des baierischen V.-G. vom 29. April 1896 auch, wenn der Con-

---

1) Hierzu sind die §§ 32—36 des Strafgesetzbuchs zu beachten, welche lauten: „§ 32. Neben der Todesstrafe und Zuchthausstrafe kann auf den Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte erkannt werden, neben der Gefängnissstrafe nur, wenn die Dauer der erkannten Strafe drei Monate erreicht und entweder das Gesetz den Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte ausdrücklich zulässt oder die Gefängnissstrafe wegen Annahme mildernder Umstände an Stelle von Zuchthausstrafe ausgesprochen wird. Die Dauer des Verlustes beträgt bei zeitiger Zuchthausstrafe mindestens zwei und höchstens zehn Jahre, bei Gefängnissstrafe mindestens ein Jahr und höchstens fünf Jahre. § 33. Die Aberkennung der bürgerlichen Ehrenrechte bewirkt den dauernden Verlust der aus öffentlichen Wahlen für den Verurtheilten hervorgegangenen Rechte, ingleichen den dauernden Verlust der öffentlichen Aemter, Würden, Titel, Orden und Ehrenzeichen. § 34. Die Aberkennung der bürgerlichen Ehrenrechte bewirkt ferner die Unfähigkeit, während der im Urtheile bestimmten Zeit . . . öffentliche Aemter, Würden, Titel, Orden und Ehrenzeichen zu erlangen. § 36. Die Aberkennung der bürgerlichen Ehrenrechte tritt mit der Rechtskraft des Urtheils ein; die Zeitdauer wird von dem Tage berechnet, von dem die Freiheitsstrafe, neben welcher jene Aberkennung ausgesprochen wird, verbüsst, verjährt oder erlassen ist.“

cessionsinhaber die Anstalt nicht selbst leitet und unterlässt, einen qualificirten Stellvertreter (siehe S. 999) zu bestellen oder einen untauglichen zu entlassen. Wenn der Unternehmer den an seinen Geschäftsbetrieb gestellten Anforderungen nicht gerecht wird, insbesondere die Concessionsbedingungen in Bezug auf die Betriebsräume, deren Einrichtung oder den Betriebsort und die Betriebsart nicht erfüllt, ist die Zurücknahme der Concession wegen Mangels der erforderlichen Eigenschaften berechtigt. Die Mängel müssen jedoch nach dem Urtheil des preuss. O.-V.-G. vom 3. Mai 1897 durch eine freie vertretbare Handlung oder Unterlassung des Concessionsinhabers und nicht etwa durch Zufall oder ohne sein Verschulden herbeigeführt sein. Eine Wiederverleihung der Concession ist nach der rechtskräftigen Zurücknahme derselben jederzeit möglich, sobald die Bedingungen des § 30 Absatz 1 wieder erfüllt sind. Das Verfahren der Zurücknahme ist durch die §§ 20, 21 der R.-G.-O. (siehe S. 756) geregelt. Ueber die Behörden, welche für die Zurücknahme zuständig sind, siehe SS. 995, 996.

γ) Gebühren der Concession.

Die Gebühren, welche in den Bundesstaaten für die Verleihung der Concession einer Privatkrankenanstalt an die Staatskasse gezahlt werden müssen, sind in den einzelnen Staaten verschieden. Nach § 22e des Tarifs zu dem Stempelsteuergesetz vom 31. Juli 1895 beträgt in Preussen die Mindestgebühr für die Verleihung einer Concession zur Anlage einer Privatkrankenanstalt 1,50 Mark, wenn die Anstalt wegen geringen Ertrages von der Gewerbesteuer frei ist (bei einem Anlagecapital von weniger als 3000 Mark und einer jährlichen Einnahme unter 1500 Mark), sonst 5, 15, 50 oder 100 Mark, je nachdem die Anstalt in die 4., 3., 2. oder 1. Gewerbesteuerklasse gehört. Bei Fristungen und Fristverlängerungen der Concession nach § 49 Absatz 3 der R.-G.-O. ist nur der vierte Theil der vorstehenden Sätze zu zahlen. Dient die Privatkrankenanstalt zu gemeinnützigen Zwecken (Poliklinik, Privatklinik eines Arztes ohne Ueberschuss etc.), so wird eine Concessionsgebühr nicht erhoben (Urtheil des preussischen O.-V.-G. vom 3. Januar 1898).

c) Gewerbesteuerpflicht des Unternehmers.

Von den Privatkrankenanstalten haben die Unternehmer wie von jeder gewerblichen Anlage, welche die Erzielung von Ueberschüssen bezweckt, Gewerbesteuer zu zahlen. Hiergegen schützt auch nicht die sonstige Gewerbesteuerbefreiung des ärztlichen Berufes, wenn der Unternehmer ein Arzt ist. Nur wenn der Arzt mit der Unterbringung und Verpflegung der Patienten in seiner Privatklinik die Erzielung eines besonderen Gewinnes nicht erstrebt, die Anstalt vielmehr nur als Mittel zur Ausübung seiner Thätigkeit als Arzt, Specialarzt, Zahnarzt etc. (Urtheil des preuss. O.-V.-G. vom 5. Mai 1898) oder zu gemeinnützigen oder wissenschaftlichen Zwecken (Urtheil des preuss. O.-V.-G. vom 3. Januar 1898) unterhält, findet Befreiung von der Gewerbesteuer statt. Das preussische Gesetz vom 24. Juni 1891 sieht für die Erhebung der Gewerbesteuer 4 Klassen vor: Zu der ersten Klasse sind zu rechnen die Betriebe mit einem jährlichen Ertrage von 50000 Mark und darüber oder mit einem Anlage- oder Betriebscapital von 1000000 Mark und darüber; zu der zweiten Klasse die Betriebe mit 20—50000 Mark jährlichem Ertrage oder 150000—1000000 Mark Anlage- oder Betriebsapital; zu der dritten Klasse die mit 4—20000 Mark Ertrag oder 30000 bis 150000 Mark Anlage- oder Betriebscapital; zu der vierten Klasse die mit 1500 bis 4000 Mark Ertrag oder 3—30000 Mark Anlage- oder Betriebscapital. Betriebe, welche unter 1500 Mark jährlichen Ertrag und unter 3000 Mark Anlage- und Betriebscapital

zeigen, sind gewerbesteuerfrei. Die Steuer in der ersten Klasse beträgt 1 pCt. des Ertrages, in der zweiten 156—480 Mark, in der dritten 32—196 Mark, in der vierten 4—36 Mark. Alle Betriebe, welche gemeinnützige Zwecke verfolgen, können durch den Finanzminister von der Gewerbesteuer befreit werden, auch wenn sie erhebliche Ueberschüsse erzielen.

### d) Geschäftsführung des Unternehmers.

Nach § 14 der R.-G.-O. (siehe S. 755) ist der Unternehmer oder sein Stellvertreter verpflichtet, die Errichtung der Anstalt und den Beginn des Betriebes derselben der für den Ort zuständigen Behörde anzuzeigen. Diese Behörde ist in Preussen, Bayern und Sachsen: die Gemeindebehörde, in Württemberg: der Ortsvorsteher, in Baden: die Ortspolizeibehörde, in Elsass-Lothringen: der Bürgermeister u. s. w. Bei Unterlassung der Anzeige ist eine Geldstrafe von 150 Mark und im Unvermögensfalle Haft bis zu 4 Wochen zu gewärtigen (§ 148 Ziffer 3 der R.-G.-O., siehe S. 761). Ueber Beaufsichtigung, Verwaltung und Betrieb der Privatkrankenanstalten gilt das, was über die öffentlichen Krankenanstalten gesagt worden ist (siehe SS. 966, 970). In Beziehung auf die Bezeichnung einer Privatkrankenanstalt ist nach dem Urtheil des preuss. O.-V.-G. vom 11. Sept. 1890 zu beachten, dass Aerzte ihre Anstalt als „Privatklinik", „Klinik" u. s. w. bezeichnen können, da der allgemeine Sprachgebrauch unter einer „Klinik" keineswegs ausschliesslich eine Lehrzwecken dienende Heilanstalt versteht, dagegen dürfen die nichtärztlichen Concessionsinhaber jene Benennungen nicht wählen, weil sonst der Glaube erweckt werden könnte, der Inhaber sei eine geprüfte Medicinalperson (Urtheil des preuss. Kammergerichts vom 20. März 1882 und des Ob.-L.-G.s in München vom 11. Februar 1890). In Beziehung auf die Versicherungspflicht des Pflegepersonals in den Privatkrankenanstalten siehe S. 851, 925. Hervorgehoben soll hier noch werden, dass das Personal gegen Krankheit, Invalidität und Alter versichert werden muss, wenn der regelmässige Jahresverdienst an Lohn und Einkommen überhaupt den Betrag von 2000 Mark nicht übersteigt. Gegen Unfall braucht das Personal nur dann versichert werden, wenn es in einem mit der Anstalt verbundenen, versicherungspflichtigen Betriebe beschäftigt wird (Bescheid des Reichsversicherungsamts vom 8. Mai 1896).

Wird die Privatkrankenanstalt ohne Concession betrieben, so tritt Bestrafung mit Geldstrafe bis zu 300 Mark und im Unvermögensfalle mit Haft ein (§ 147 Ziffer 1 der R.-G.-O., siehe S. 761), wenn der Nachweis erbracht ist, dass es sich um eine concessionspflichtige Anlage handelt und der Betrieb thatsächlich begonnen (durch Aufnahme von Kranken) und erwerbsmässig (auf Erwerb gerichtet) betrieben worden ist (Urtheil des preuss. O.-Tribunals vom 18. April 1887). Der Unternehmer braucht nach dem Urtheil des Reichsgerichts vom 4. Juli 1879 nicht das Bewusstsein der Rechtswidrigkeit gehabt zu haben. Dieselbe Strafe tritt ein, wenn der Unternehmer den Betrieb nach Entziehung der Concession noch fortsetzt oder von den in der Concessionsurkunde festgesetzten Bedingungen abweicht. Nach § 15 der R.-G.-O. (siehe S. 755) kann der ohne Concession begonnene oder fortgesetzte Anstaltsbetrieb durch polizeiliches Einschreiten (Warnung, Untersagung, Sperrung, Versiegelung: Urtheil des Reichsgerichts vom 27. April 1891) verhindert werden. Die Polizeibehörde kann auch concessionswidrige Einrichtungen beseitigen lassen, wenn wiederholte Bestrafungen nicht zum Ziel führen. Gegen die polizeilichen Maassnahmen ist Beschwerde bei der höheren Instanz oder Klage bei dem zuständigen Verwaltungsgericht zulässig.

## 2. Privatkranken- und Entbindungsanstalten.

Alle Bestimmungen, welche für die Erkrankungs- und Sterblichkeitsstatistik der Krankenanstalten (siehe S. 965), für deren Beaufsichtigung, Anlage, Bau und Einrichtung (siehe S. 970) für die sonstigen Verhältnisse (siehe S. 967) im Allgemeinen maassgebend sind, gelten auch für die Privatkranken- und Entbindungsanstalten. Für die Privatentbindungsanstalten ist noch Folgendes zu bemerken: Der Unternehmer oder sein Stellvertreter muss die Richtigkeit der Angaben, die ihm seitens der Aufnahmesuchenden über deren persönliche Verhältnisse gemacht worden, sorgfältig prüfen. Die standesamtliche Meldung der Kinder ist unter richtiger Namensangabe zu bewirken; bei ausserehelichen Kindern ist der Name der Mutter anzugeben. Die Uebergabe der Kinder an Kosteltern darf erst nach Ablauf einer ausreichenden Frist erfolgen. So bestimmt ein Rundschreiben des Medicinalcollegiums in Hamburg vom 26. Februar 1898, dass die Hebammen, welche Inhaberinnen von Privatentbindungsanstalten sind, die neugeborenen Kinder in der Regel bis zum zehnten Tage nach der Entbindung in der Anstalt zu behalten und, falls eine frühere Entlassung aus besonderen Gründen, z. B. wegen Erkrankung der Mutter nothwendig ist, dann wenigstens bis zum zehnten Tage zu besuchen haben. Ueber die Bestimmungen bezüglich des Operationszimmers siehe § 16 S. 972 und des Entbindungszimmers siehe § 17 S. 972.

## 3. Privatirrenanstalten.

Für den Begriff „Privatirrenanstalt" in dem Sinne des § 30 ist das Urtheil des preussischen O.-V.-G. vom 12. Mai 1880 bemerkenswerth, wonach es nur auf die Art der Kranken, für welche die Anstalt bestimmt ist, und nicht auf die Bezeichnung der Anstalt ankommt. Alle Pensionate, Heilanstalten für Gemüthskranke, Sanatorien u. s. w., welche Geisteskranke aufnehmen, unterliegen den Bestimmungen über die Privatirrenanstalten. Diese Bestimmungen stimmen fast in allen Bundesstaaten überein und erstrecken sich überall auch auf die von Orden, Congregationen, Vereinen u. s. w. unterhaltenen Irrenanstalten — die sonst den öffentlichen Krankenanstalten gleich gerechnet werden (siehe S. 982). Auch gelten sie für alle Privatanstalten zur Aufnahme von Idioten und Epileptischen. Als Beispiel wird die für Preussen gültige Anweisung vom 26. März 1901 im Wortlaut angeführt: „Anliegend übersenden wir nebst Anlagen die von uns heute erlassene neue „Anweisung über Unterbringung in Privatanstalten für Geisteskranke, Epileptische und Idioten" mit dem Ersuchen, dafür Sorge zu tragen, dass dieselbe bei allen privaten Anstalten des dortigen Bezirkes an Stelle der bisherigen Anweisung vom 20. September 1895 zur Anwendung gelangt. Zu den privaten Anstalten im Sinne dieser Anweisung gehören insbesondere auch die von geistlichen und weltlichen Orden, Genossenschaften, Stiftungen etc. begründeten und betriebenen Anstalten, dagegen nicht die vom Staate oder von Communalverbänden errichteten und unterhaltenen Anstalten. Zur Behebung etwaiger Zweifel bemerken wir noch: Zu § 9: Dortseits ist gemäss dem Erlasse vom 5. August 1881 — Min. d. I. II. 7827 I —, M. d. g. A. M. 4062 II — bei Ausländern an den Herrn Minister der auswärtigen Angelegenheiten zu berichten. Zu § 24: Ausserordentliche Revisionen durch den Kreisarzt oder dessen Vertreter sowie auch durch die Besuchscommission herbeizuführen, bleibt dortigem Ermessen überlassen. Der Vorsitzende der Besuchscommission hat die Zeit der Besichtigung einige Tage vorher dem Kreisarzt oder dessen Vertreter vertraulich mitzutheilen.

## Anweisung über Unterbringung in Privatanstalten für Geisteskranke, Epileptische und Idioten, vom 26. März 1901.

An Stelle der Anweisung vom 20. September 1895 und der Ergänzung vom 24. April 1896 treten folgende Bestimmungen:

### A. Vorschriften für Kranke, welche das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben.

I. Aufnahme. § 1. Die Aufnahme erfolgt unbeschadet des Abschnitts III nach Untersuchung des Kranken durch den Kreisarzt (Gerichtsarzt) oder durch den ärztlichen Leiter einer öffentlichen Anstalt für Geisteskranke oder einer psychiatrischen Universitätsklinik auf Grund eines von dem Untersuchenden ausgestellten Zeugnisses. Zuständig ist der Kreisarzt (Gerichtsarzt) des Wohnortes des Kranken, und im Falle der Verhinderung sein Vertreter. Der beamtete Arzt ist verhindert, wenn er Arzt der Anstalt ist. § 2. Das Zeugniss (§ 1) hat zu enthalten: Die Veranlassung und den Zweck seiner Ausstellung, Zeit und Ort der Untersuchung, insbesondere das Datum der letzten Untersuchung (vergl. § 5), die dem Untersuchenden gemachten Mittheilungen einerseits und seine eigenen Wahrnehmungen andererseits. Das Zeugniss muss die Krankheitszeichen genau angeben und begründen, weshalb der Kranke der Aufnahme in die Anstalt bedarf. Die Bezugnahme auf das schriftlich vorliegende Zeugniss eines anderen Arztes ist zulässig, soweit der Untersuchende dem Inhalte dieses Zeugnisses auf Grund der persönlichen Untersuchung des Kranken beitritt. Dem Zeugniss ist der Amtscharakter des Ausstellers beizufügen. § 3. Die Aufnahme eines wegen Geisteskrankheit oder Geistesschwäche (B.-G.-B. § 6) entmündigten Kranken kann auf Antrag des Vormundes ohne Mitwirkung des Kreisarztes auf Grund eines den Vorschriften des § 2 Absatz 1 entsprechenden Zeugnisses eines jeden approbirten Arztes erfolgen. § 4. In dringenden Fällen kann die vorläufige Aufnahme auf Grund eines den Vorschriften des § 2 Absatz 1 entsprechenden Zeugnisses eines jeden approbirten Arztes erfolgen. Der vorläufig Aufgenommene muss jedoch innerhalb 24 Stunden dem für die Anstalt zuständigen Kreisarzt oder dem Vertreter des verhinderten Kreisarztes (vergl. § 1) angemeldet werden. Dieser hat binnen drei Tagen nach Empfang der Anzeige den Kranken zu untersuchen und alsbald nach der Untersuchung ein Zeugniss darüber auszustellen, ob die Aufnahme zulässig ist oder nicht. In zweifelhaften Fällen ist die Untersuchung in kurzen Fristen zu wiederholen. Das Zeugniss ist alsdann spätestens innerhalb zwei Wochen nach der vorläufigen Aufnahme auszustellen. Ein Kranker, dessen Aufnahme nicht für zulässig erklärt wird, ist alsbald zu entlassen. § 5. Die Aufnahme sowie die vorläufige Aufnahme (§ 4) darf nur innerhalb einer Frist von zwei Wochen nach der letzten in dem Zeugnisse (§§ 2, 3, 4) angeführten Untersuchungen erfolgen. § 6. Die Uebernahme eines Kranken aus einer anderen öffentlichen oder privaten Anstalt darf nur erfolgen, wenn von deren Unternehmer a) ein Uebergabeschein und b) eine beglaubigte Abschrift des Aufnahmezeugnisses, zutreffendenfalls auch des Nachweises der erfolgten Entmündigung, und, sofern nicht die Krankengeschichte zur Einsicht oder in Abschrift beigefügt wird, c) eine ärztliche Mittheilung der für die Behandlung wichtigsten Beobachtungen übergeben wird. Ausserdem ist von dem ärztlichen Leiter der Anstalt, in der sich der Kranke bisher befunden hat, d) eine Bescheinigung darüber auszustellen, dass das Leiden die weitere Behandlung in einer Anstalt bedingt, und ob es als voraussichtlich heilbar anzusehen ist. § 7. Die Aufnahme eines Kranken ist binnen 24 Stunden der für die Anstalt zuständigen Ortspolizeibehörde vertraulich anzuzeigen. Ist die Aufnahme ohne Mitwirkung der Polizeibehörde des Wohnortes erfolgt, so ist ausserdem dieser Behörde binnen derselben Frist vertrauliche Anzeige zu

machen. Diese Anzeigen sollen enthalten: den Vor- und Zunamen, den Geburtstag, den Familienstand, den Beruf und den letzten Wohnsitz des Kranken, den Aufnahmetag, den Namen seines etwaigen gesetzlichen Vertreters sowie die Angabe, auf wessen Veranlassung die Aufnahme erfolgt ist. Abschrift der Stelle des Zeugnisses, in welcher die Nothwendigkeit der Aufnahme bescheinigt wird, und der Unterschrift des Arztes, ist beizufügen. Ist der Kranke entmündigt, so ist dies anzugeben. Bei der Uebernahme aus einer anderen Anstalt ist Abschrift des Uebergabescheines (§ 6a) und der ärztlichen Bescheinigung über die Nothwendigkeit weiterer Anstaltsbehandlung etc. (§ 6d) beizufügen. Im Falle des § 3 sowie bei jeder Uebernahme eines Kranken aus einer anderen Krankheit (§ 6) ist die Aufnahme des Kranken unter Vorlegung des ärztlichen Aufnahmezeugnisses oder der in dem § 6 unter b und c genannten Schriftstücke binnen drei Tagen nach der Aufnahme dem Kreisarzt anzumelden. § 8. Innerhalb der in dem § 7 Absatz 1 bezeichneten Frist ist die Aufnahme ferner dem Ersten Staatsanwalt desjenigen Gerichtes, welches für die Entmündigung des Kranken zuständig ist, oder falls dieses Gericht unbekannt ist, dem Ersten Staatsanwalt desjenigen Gerichts anzuzeigen, in dessen Bezirke die Anstalt liegt. Die Aufnahme eines entmündigten oder eines unter vorläufige Vormundschaft gestellten (§ 1906 B.-G.-B.) oder eines unter Pflegschaft stehenden (§ 1910 B.-G.-B.) Kranken ist ausserdem dem zuständigen Vormundschaftsgericht anzuzeigen. § 9. Wird ein Angehöriger eines anderen deutschen Staates oder ein Ausländer aufgenommen, so ist dies ausserdem dem für die Anstalt zuständigen Regierungspräsidenten anzuzeigen. Hierbei ist unter abschriftlicher Mittheilung der Anzeige (§ 7) die Staatsangehörigkeit und der letzte Wohnsitz des Kranken in seinem Heimathsstaat anzugeben.

II. Entlassung und Beurlaubung. § 10. Die Entlassung muss — unbeschadet der Vorschriften der §§ 11 und 12 — erfolgen: 1. wenn der Kranke geheilt ist; 2. wenn er soweit gebessert ist, dass er der Behandlung in der Anstalt nicht mehr bedürftig erscheint; 3. wenn die Entmündigung des Kranken durch rechtskräftigen gerichtlichen Beschluss abgelehnt (§§ 662—663 C.-P.-O.) oder wenn die ausgesprochene Entmündigung auf Grund durchgeführter Anfechtungsklage (§ 672 C.-P.-O.) oder durch rechtskräftigen gerichtlichen Beschluss (§§ 675 ff. C.-P.-O.) wieder aufgehoben ist; 4. wenn der gesetzliche Vertreter des Kranken die Entlassung fordert. In den Fällen des Absatzes 1 No. 2 und 3 kann der Kranke nach Maassgabe der Vorschriften des Abschnittes III in der Anstalt verbleiben. Beantragt ein volljähriger Kranker, der weder entmündigt noch unter vorläufige Vormundschaft gestellt ist, schriftlich seine Entlassung, so hat der Vorstand der Anstalt, wenn er dem Antrage nicht stattgeben will, den Antrag unter Darlegung der für die Ablehnung maassgebenden Gründe unverzüglich dem für die Stellung des Entmündigungsantrags zuständigen Ersten Staatsanwalt mitzutheilen. Wird der Entlassungsantrag wiederholt, so ist die Mittheilung des erneuten Antrags an den Ersten Staatsanwalt nicht erforderlich, sofern der Antrag neue Thatsachen nicht enthält und sich die Verhältnisse seit der Mittheilung des früheren Antrags nicht geändert haben. § 11. War die Aufnahme veranlasst: a) von einer Polizeibehörde aus sicherheitspolizeilichen Gründen, oder b) von einer Polizeibehörde (Amtsgericht, Untersuchungsrichter, Staatsanwaltschaft) oder von einer Polizei- oder communalen Behörde unter Aufrechthaltung einer gegen den Kranken stattfindenden Untersuchungs-, Straf- oder Correctionshaft, so ist zur Entlassung die vorgängige Zustimmung derjenigen Behörde erforderlich, welche die Aufnahme veranlasst hat. § 12. Soll ein Kranker, welcher als für sich oder für andere gefährlich oder als für die öffentliche Ordnung störend anzusehen ist, entlassen werden, so ist unter Vorlegung einer Aeusserung des leitenden Arztes über den Zustand des Kranken die Zustimmung der Ortspolizeibehörde des

künftigen Aufenthaltsorts einzuholen. Der Einholung der Zustimmung bedarf es nicht, wenn die unmittelbare Ueberführung des Kranken in eine andere Anstalt erfolgt. § 13. Beurlaubungen dürfen nur mit Zustimmung des leitenden Arztes der Anstalt stattfinden. Der Urlaub kann bis zur Dauer von sechs Wochen gewährt und aus besonderen Gründen bis zu einer Gesammtdauer von drei Monaten verlängert werden. Ist bis zum Wiedereintritt des Kranken in die Anstalt der ertheilte Urlaub um mehr als eine Woche überschritten, so bedarf es einer neuen Aufnahme §§ 1—5). Soweit es zur Entlassung des Kranken der Zustimmung einer Behörde bedarf (§§ 11, 12), ist deren Zustimmung auch zur Urlaubsverlängerung erforderlich. § 14. Von der Entlassung, einschliesslich der Ueberführung in eine andere Anstalt, und von einer Beurlaubung, deren Gesammtdauer sechs Wochen überschreitet, ist den in den §§ 7—9 bezeichneten Behörden sofort Anzeige zu machen. Der Tag der Entlassung (Ueberführung, Beurlaubung) und der Ort, nach welchem der Kranke entlassen (überführt, beurlaubt) ist, ist hierbei anzugeben. Denselben sowie im Falle des § 11 den dort bezeichneten Behörden ist von dem Tode des Kranken, von einer Entweichung und von der Wiederaufnahme eines Entwichenen sofort Anzeige zu machen.

III. Bestimmungen über freiwillig Eintretende. § 15. Solche Kranke, welche Verständniss für ihren Eintritt in die Anstalt haben, können in den Anstalten, denen von dem Regierungs-Präsidenten die Genehmigung hierzu ertheilt ist, nach Maassgabe des § 17 Aufnahme finden. § 16. Das Gesuch um Ertheilung der Genehmigung (§ 15) ist bei dem Kreisarzt anzubringen und von diesem, mit gutachtlicher Aeusserung versehen, durch Vermittelung des Landraths, in Stadtkreisen der Ortspolizeibehörde, weiter zu reichen. Die Genehmigung ist nur unter dem Vorbehalte jederzeitigen Widerrufs und der Regel nach nur solchen Anstalten zu ertheilen, in welchen ein Anstaltsarzt wohnt. Ausnahmen von dieser Regel können nur mit Zustimmung des Ministers der Medicinalangelegenheiten zugelassen werden. § 17. Zur Aufnahme eines freiwillig Eintretenden ist erforderlich: 1. eine ärztliche Bescheinigung, dass der Aufzunehmende a) Verständniss für seinen Eintritt in die Anstalt besitzt und b) seinem Zustande nach für die Aufnahme geeignet ist, 2. die schriftliche Erklärung des Aufzunehmenden, dass er in die Anstalt einzutreten wünscht. Steht der Aufzunehmende unter elterlicher Gewalt oder unter Vormundschaft, so bedarf es nur der zu 1b vorgeschriebenen ärztlichen Bescheinigung und der schriftlichen Einwilligung des gesetzlichen Vertreters. Die Aufnahme ist binnen 24 Stunden der Ortspolizeibehörde der Anstalt vertraulich anzuzeigen unter Angabe von Namen, Alter, Stand, Beruf und Wohnung, zutreffendenfalls auch des gesetzlichen Vertreters. § 18. Die Entlassung muss erfolgen: 1. sofern der Kranke unter elterlicher Gewalt oder unter Vormundschaft steht, auf Antrag des gesetzlichen Vertreters, 2. andernfalls auf Antrag des Kranken. Der Antrag des gesetzlichen Vertreters darf nur dann vorläufig abgelehnt werden, wenn die Voraussetzungen des § 12 eingetreten sind und gemäss den dortigen Bestimmungen verfahren wird. Der Antrag des Kranken darf nur dann abgelehnt werden, wenn sich sein Zustand nach der Erklärung des leitenden Arztes in einer die Nothwendigkeit der Anstaltsbehandlung bedingenden Weise verändert hat. Wird ein Antrag auf Entlassung abgelehnt, so ist unverzüglich das im § 4 vorgesehene Verfahren einzuleiten. Führt dieses Verfahren zum Verbleiben des Kranken in der Anstalt, so sind die Anzeigen gemäss §§ 7—9 zu erstatten. Die Entlassung oder der Tod ist alsbald der Ortspolizeibehörde (§ 17 Abs. 2) vertraulich anzuzeigen.

IV. Einrichtung und Leitung. § 19. Die Anstalten unterliegen den allgemeinen gesundheitspolizeilichen Vorschriften über die baulichen und technischen

Einrichtungen von Krankenanstalten. Ausserdem gelten folgende besondere Bestimmungen: 1. Die Anstalten müssen, soweit es sich nicht um wirthschaftliche und Bureau-Angelegenheiten handelt, von einem in der Psychiatrie bewanderten Arzte geleitet werden, der durch längere Thätigkeit an einer grösseren öffentlichen, nicht nur für Unheilbare bestimmten Anstalt oder an einer psychiatrischen Universitätsklinik — wenn auch nur zum Theil als Volontär — sich die nöthigen Kenntnisse verschafft hat. In der Regel ist für die Leitung einer grösseren oder einer heilbare Kranke aufnehmenden Anstalt eine etwa zweijährige Thätigkeit dieser Art erforderlich. Je nach dem Bestand und Wechsel der Kranken und wenn die Anstalt ausschliesslich unheilbare Kranke aufnimmt, kann die Dauer der Ausbildung auf etwa ein Jahr herabgesetzt werden. In besonderen Fällen ist nach Anhörung der Besuchs-Commission an den Minister der Medicinal-Angelegenheiten zu berichten. Mit dessen Zustimmung kann auch die ärztliche Thätigkeit an einer geeigneten grösseren Privatanstalt für Geisteskranke oder Epileptische oder an einer geeigneten grossen Abtheilung für Geisteskranke bei einem allgemeinen Krankenhause für die Ausbildung angerechnet werden. 2. Der Unternehmer der Anstalt bedarf für die eigene Uebernahme der ärztlichen Leitung oder für die Anstellung des leitenden Arztes der Genehmigung des Regierungs-Präsidenten. Dabei ist zu verfahren, wie in dem § 16. — Bei Anstellung des leitenden Arztes ist der in Aussicht genommene Vertrag und die Dienstanweisung beizufügen und sind bezüglich der Lage der Wohnung genaue Angaben zu machen, wenn der Arzt nicht in der Anstalt zu wohnen hat (3). — Auch die Vertretung ist in allen Fällen zu ordnen. Die Genehmigung kann zurückgenommen werden, wenn die Unrichtigkeit der Nachweise dargethan wird, auf Grund deren sie ertheilt worden ist, oder wenn aus Handlungen oder Unterlassungen des Arztes sich dessen Unzuverlässigkeit in Bezug auf die ihm übertragene Thätigkeit ergiebt. 3. In Anstalten, in denen heilbare Kranke Aufnahme finden, oder welche für mehr als 50 Geisteskranke oder mehr als 100 Epileptische bestimmt sind, muss mindestens ein nach Vorschrift der No. 1 ausgebildeter Arzt wohnen. Ausnahmen können, sofern die Wohnung des Arztes in unmittelbarer Nähe belegen und durch Telephon verbunden ist, mit Zustimmung des Ministers der Medicinalangelegenheiten gestattet werden. 4. Es soll in der Regel ein zweiter Arzt angestellt werden und in der Anstalt wohnen, wenn die Zahl der Geisteskranken 100 oder der Epileptiker 200 übersteigt. Ueber den Nachweis der psychiatrischen Vorbildung, bei welcher nicht die Bedingungen erfüllt zu werden brauchen, die an den leitenden Arzt zu stellen sind, entscheidet der Regierungs-Präsident event. nach Anhörung der Besuchs-Commission. Die Anstellung, vor welcher der leitende Arzt gehört werden kann, unterliegt der Zustimmung des Regierungs-Präsidenten, dem auch die Dienstanweisung vorzulegen ist. Der Regierungs-Präsident kann in besonderen Fällen gestatten, dass einer der beiden Aerzte in unmittelbarer Nähe der Anstalt wohnt, sofern telephonische oder sonst ausreichende Verbindung gesichert ist. Falls ein ausnahmsweise geringer Wechsel und die Beschaffenheit der Kranken die Anstellung eines zweiten Arztes trotz eines Krankenbestandes, wie in Abs. 1 angegeben, nicht erforderlich erscheinen lässt, ist nach Anhörung der Besuchs-Commission an den Minister der Medicinal-Angelegenheiten zu berichten. Ebenso ist zu verfahren, wenn die Besuchs-Commission in einem bestimmten Fall eine Abweichung von den in 3 angegebenen Verhältnissen wegen der Besonderheit der Kranken für erforderlich oder für zulässig hält. 5. Sind mehr als 300 Geisteskranke oder mehr als 600 Epileptische in Behandlung, so kann für je 100 Geisteskranke und je 200 Epileptische die Anstellung eines weiteren Arztes angeordnet werden nach Maassgabe der Bestimmungen in No. 4. § 20. Der Unternehmer hat dem leitenden Arzte namentlich folgende Obliegenheiten zu übertragen:

1. Die Bestimmung über die gesammte Thätigkeit des Pflegepersonals, soweit es sich um die Krankenpflege handelt. Vor Einstellung des zur Pflege der Kranken bestimmten Personals muss der leitende Arzt über dessen Brauchbarkeit für den Krankendienst sich schriftlich äussern. Auch hat er die nöthige Ausbildung des Personals in der Krankenpflege zu beachten. Gelangt die von ihm für nothwendig erachtete Entfernung eines Pflegers aus dem Krankendienste nicht zur Ausführung, so ist durch den Kreisarzt an den Regierungs-Präsidenten zu berichten. 2. Die Anordnung der einzelnen Kranken zu gewährenden besonderen Kost und Verpflegung. 3. Die Anordnung der Isolirung eines Kranken — abgesehen von Nothfällen, in denen jedoch die alsbaldige nachträgliche ärztliche Genehmigung erforderlich ist. Grund und Dauer jedes Falles von Isolirung ist ärztlicherseits in ein besonderes, hierfür bestimmtes Buch einzutragen. 4. Die Anordnung einer etwaigen mechanischen Beschränkung eines Kranken (durch sogenannte Jacken, Binden oder ähnliche Vorrichtungen). Die Eintragung geschieht wie in No. 3 in ein besonderes, hierzu bestimmtes Buch. 5. Die Beantwortung aller schriftlichen und mündlichen Anfragen von Behörden, Anverwandten und gesetzlichen Vertretern, soweit die Anfragen sich auf den Zustand der Kranken, ihre Behandlung, Beschäftigung, Aussichten auf Genesung oder Entlassung pp. beziehen (vgl. auch §§ 6c, 12, 13, 18 Abs. 2 und 21 Ziffer 1, 2 und 3). 6. Ausserdem darf der Unternehmer Verlegungen von Kranken, die Ordnung der Beschäftigung nach ihrer Art, Dauer, Beaufsichtigung im Allgemeinen, wie auch die des einzelnen Kranken, die allgemeine Regelung der Beköstigung, sowie die Vertheilung des Pflegepersonals auf die einzelnen Abtheilungen, Räume, Gärten u. s. w., die Festsetzung der Dienstzeit, von Nachtwachen, Transporten, Erholungsgelegenheiten nur unter Zustimmung des leitenden Arztes vornehmen. Es ist hierauf bei der Dienstanweisung (§ 19, 2) Rücksicht zu nehmen. § 21. Für jeden Kranken müssen Personalacten mit ärztlicherseits geführten fortlaufender Krankengeschichte, worin auch die Behandlung in anderen Anstalten (§ 7) und das Vorleben zu berücksichtigen ist, vorhanden sein. Sie müssen die auf die Aufnahme, Beurlaubung, Entlassung, Entmündigung u. s. w. bezüglichen Schriftstücke geordnet enthalten. 2. Für jedes Mitglied des Pflegepersonals ist ein Actenstück mit Namen, Alter, Dienststellung, Datum des Eintritts und ärztlicher Aeusserung (§ 20, 1) anzulegen. Zeugnisse und Ausweise sind anzufügen. Das Vorleben des Pflegepersonals ist, soweit erforderlich, durch Anfragen festzustellen. Der Regierungs-Präsident ist ermächtigt, den Erlass einer Dienstanweisung für das Pflegepersonal vorzuschreiben. 3. Es muss ein Hauptbuch (A) und eine Zu- und Abgangsliste (B) nach den beifolgenden Anweisungen geführt werden. Dabei sind in dem Hauptbuch und der Abgangsliste die Angaben über Art und Ausgang der Krankheit ärztlicherseits auszufüllen. 4. Es sind sämmtliche die Errichtung und Verwaltung der Anstalt betreffenden Schriftstücke, Pläne, Verfügungen, Bescheide pp. geordnet in einer Generalacte zu vereinigen. 5. Am 1. Januar und 1. Juli jeden Jahres ist das statistische Formular (C) von dem Unternehmer auszufüllen. Zwei Exemplare sind bis zum 8. des Monats dem zuständigen Kreisarzte zu übersenden, welcher eins an den Regierungs-Präsidenten weiterreicht. Das dritte ist zur Generalacte zu fügen. 6. Der Unternehmer hat seine Vertretung in der Führung der Anstalt der Ortspolizeibehörde und dem Kreisarzt anzuzeigen. Die Anordnung einer Vertretung muss in allen Fällen erfolgen, in welchen das Unternehmen durch eine nicht physische Person betrieben wird.

B. Vorschriften für Kranke im Alter unter 18 Jahren.

§ 22. 1. Zur Aufnahme in eine Anstalt bedarf es: a) einer ärztlichen Bescheinigung, welche angiebt, aus welchen Gründen die Aufnahme in eine Anstalt

zweckmässig oder nothwendig ist. Die Gültigkeit beträgt 3 Monate vom Tage der letzten Untersuchung. b) des Antrags des gesetzlichen Vertreters oder des zur Unterstützung verpflichteten Armenverbandes. Die Aufnahme ist, wie im § 17 Absatz 2 bestimmt, anzuzeigen, wobei der Beruf der Eltern anzugeben ist. 2. Die Bestimmungen der §§ 6 und 9 finden Anwendung. 3. Bezüglich der Entlassung gelten die Vorschriften der §§ 10—12. Anzeige der Entlassung ist, wie in § 18 Absatz 3 bestimmt, zu erstatten. 4. Beurlaubungen können unter Zustimmung des Arztes bis zur Dauer von 6 Monaten stattfinden. § 13 Absatz 3 findet Anwendung. 5. Bezüglich der Einrichtungen der Anstalten für jugendliche Kranke ist den allgemein gesundheitspolizeilichen Vorschriften genügend und in allen Theilen der Anstalt Rechnung zu tragen. Auf alle Räume und Einrichtungen, die für mit körperlichen Schwächezuständen Behaftete, für Unreinliche, Bettlägerige bestimmt sind, kommen ausserdem die Vorschriften über Krankenanstalten uneingeschränkt zur Anwendung. 6. Der Unternehmer hat seine Vertretung der Ortspolizeibehörde anzuzeigen. 7. In jeder Anstalt muss die ärztliche Thätigkeit genau geregelt sein. Ob die psychiatrische Vorbildung des anzustellenden Arztes im einzelnen Falle für genügend erachtet wird, entscheidet der Regierungspräsident nach Anhörung der Besuchscommission. Er hat auch nach Maassgabe der Vorschriften des § 19 No. 2 die Anstellung und die Dienstthätigkeit des Arztes, unter Berücksichtigung der Lage der Wohnung u. s. w. zu genehmigen. Die in § 20 in Bezug auf den leitenden Arzt gegebenen Vorschriften finden entsprechende Anwendung auf den Arzt der Anstalt. Die unter No. 6 daselbst erwähnte Vertheilung des Personals u. s. w. ist in erster Linie auf die zur Pflege der Insassen bestimmten Personen zu beziehen. Soweit die Anstalt ausserdem bezüglich des Unterrichts und der Ausbildung bestimmte Aufgaben erfüllt, bleiben die Einzelheiten, auch die Verwendung des Personals hierzu dem Unternehmer der Anstalt überlassen, welcher jedoch, falls ärztlicherseits dem Zustande der Pfleglinge nicht entsprechende Maassregeln oder ein unzweckmässiges Benehmen des Personals festgestellt werden, alsbald Abhülfe zu schaffen hat. Anderenfalls ist nach § 20, 1 Abs. 3 zu verfahren. 8. Vollendet ein in einer Anstalt für jugendliche Kranke Verpflegter das 18. Lebensjahr, so ist sein Aufenthalt in der Anstalt unter Beifügung einer ärztlichen Aeusserung über seinen Zustand der Staatsanwaltschaft nach Maassgabe des § 8 anzuzeigen. 9. Ob ein Kranker nach Vollendung des 18. Lebensjahres in der Anstalt verbleiben kann, hängt von den Einzelheiten des Falles, insbesondere auch der Art der Anstalt ab. 10. Auf Anordnung des Regierungs-Präsidenten muss die Entlassung oder die Ueberführung eines Kranken in eine andere Anstalt auch vor Vollendung des 18. Lebensjahres erfolgen.

### C. Gemeinsame Bestimmungen.

1. Beaufsichtigung. § 23. Die Privatanstalten werden regelmässig durch den zuständigen Kreisarzt oder dessen Vertreter und ausserdem durch eine von den Ministern der Medicinalangelegenheiten und des Innern einzusetzenden Besuchscommission besichtigt. § 24. Die Besichtigungen finden in der Regel unvermuthet statt und zwar: 1. durch den Kreisarzt oder dessen Vertreter ohne besonderen Auftrag alljährlich zweimal, einmal im Sommer, einmal im Winter. 2. durch die Besuchscommission in der Regel einmal jährlich. Der zuständige Kreisarzt hat dieser Besichtigung beizuwohnen. Ausnahmeweise kann mit Genehmigung des Regierungs-Präsidenten eine Besichtigung kurz vorher angemeldet werden. Bei jeder Besichtigung sind die Aerzte der Anstalt zur Anwesenheit und Ertheilung von Auskunft verpflichtet. § 25. Der Kreisarzt oder dessen Vertreter hat über jede von ihm vorgenommene Besichtigung dem Regierungs-Präsidenten nach Anleitung des anliegenden

Schemas zu berichten. Bei besonders ungünstigem Ausfalle der Besichtigung hat dies alsbald zu geschehen. § 26. Die Besuchscommission hat nach der Geschäftsanweisung vom 11. Mai 1896 — M. 2527 — zu verfahren und zu berichten, hierbei zur Abstellung vorgefundener Uebelstände die geeigneten Maassnahmen vorzuschlagen und Erwägungen von allgemeinem Interesse zur Kenntniss des Regierungspräsidenten zu bringen.

2. Schluss- und Uebergangsbestimmungen. § 27. Bei sämmtlichen auf Grund dieser Anweisung zu erstattenden Anzeigen, welche nicht mittelst Postbehändigungsscheins zugestellt werden, ist die benachrichtigte Behörde um eine Empfangsbestätigung zu ersuchen. § 28. Unter Aerzten im Sinne dieser Anweisung sind nur die im deutschen Reiche approbirten Aerzte (§ 29 der Gewerbeordnung) zu verstehen. § 29. An die Stelle des Regierungs-Präsidenten tritt für den ihm unterstellten Bezirk der Polizei-Präsident von Berlin. § 30. Die Vorschriften dieser Anweisung treten in Kraft, soweit nicht in den folgenden Paragraphen etwas anderes bestimmt wird. § 31. Anstalten, denen die Genehmigung zur Aufnahme freiwillig Eintretender (A Abschnitt III) unter anderen Voraussetzungen, als unter denen des § 16 Abs. 1 ertheilt ist, dürfen künftig solche Kranke nicht aufnehmen. § 32. Bei den an Anstalten bereits thätigen Aerzten kann, solange sie bei derselben Anstalt verbleiben, vom Nachweise der im § 19 Ziffer 1 und 4 geforderten Vorbildung mit Zustimmung des Regierungspräsidenten abgesehen werden. § 33. Aus den im § 19 Ziffer 2 Abs. 3 angegebenen Gründen kann auch einem beim Inkrafttreten dieser Anweisung eine Anstalt leitenden Arzte die Genehmigung hierzu entzogen werden."

Anlage A.

Das Hauptbuch ist derart zu führen, dass am 1. Januar jedes Kalenderjahres der Bestand — jedes Geschlecht getrennt — in der Art aufzunehmen ist, dass der am längsten in der Anstalt Befindliche mit No. 1 anfängt. An den Bestand reihen sich dann in fortlaufender Ziffer die im Laufe des Jahres neu Aufgenommenen an. Mit Ablauf des Jahres wird die Reihe geschlossen. Die Kranken sind nach folgender Eintheilung einzutragen: a) Fortlaufende Nummer. b) Vor- und Zunahme des Kranken. c) Stand oder Gewerbe — bei Mädchen, die nur im Hause der Eltern waren, und bei Unmündigen Stand des Vaters. d) Jahr und Tag der Geburt. e) Religion. f) Letzter Aufenthalt vor der Aufnahme. g) Tag der Aufnahme. h) Durch wen ist die Aufnahme veranlasst. i) Bezeichnung der Form der Krankheit. k) Datum der Entmündigung (Actenzeichen). l) Genaue Angabe des Vormundes oder Pflegers (Actenzeichen). m) Tag des Abgangs mit Angabe; ob geheilt, gebessert, ungeheilt, gestorben. — Im letzten Falle die letzte Krankheit oder sonstige Todesursache. n) Bemerkungen.

Anlage B.

Die Zugangsliste enthält: Fortlaufende Nummer, Vor- und Zuname des Kranken, Jahr und Tag der Geburt, Aufnahme-Tag, Nummer des Hauptbuches des Kalenderjahres.

Die Abgangsliste enthält: Fortlaufende Nummer, Vor- und Zuname des Kranken, Jahr und Tag der Geburt, Aufnahmetag, Abgangstag, Angabe, ob geheilt, gebessert, ungeheilt, gestorben. Nummer des Hauptbuches des Kalenderjahres.

Anlage C.

Privatanstalt . . . für . . . in . . .

Laufende Nr. Namen des leitenden Arztes, des Unternehmers (Eigenthümers) des Vorstehers, Bemerkungen. — Namen der übrigen Aerzte innerhalb, ausserhalb der Anstalt wohnhaft. Seit 1. Juli, 1. Januar 19 . . eingetretene Veränderungen. —

Zahl der vorhandenen Plätze für Männer, Frauen, 1., 2., 3., 4. Classe, Summa —. Seit 1. Juli, 1. Jannuar 19 . . vermehrt 1., 2., 3., 4. Klasse um —, Summa —, vermindert 1., 2., 3., 4. Klasse um —, Summa —. — Krankenbestand Männer, Frauen 1., 2. 3., 4. Klasse, Summa —. Davon werden verpflegt a) auf eigene Kosten oder auf Kosten der Familie, b) auf Kosten von Communalverbänden etc., c) auf Kosten von Communen etc., d) ausserdem. Das 18. Lebensjahr haben nicht vollendet männliche, weibliche Personen in 1., 2., 3., 4. Klasse. Summa —. Entmündigt sind Männer, Frauen in 1., 2., 3., 4. Klasse, Summa —. Freiwillig eingetreten sind Ausländer 1., 2., 3., 4. Klasse, Summa —. — Bericht vom 1. Januar, 1. Juli 19 . . Zugang seit 1. Juli, 1. Januar 19 . . Männer, Frauen 1., 2., 3., 4. Klasse, Summa —. Davon sind 1. erstmalig aufgenommen in die Anstalt: a) freiwillig eingetreten, b) aus der Familie etc., c) aus öffentlichen Anstalten für Geisteskranke, Epileptiker, Idioten und zwar d) aus Privatanstalten für Geisteskranke, Epileptiker, Idioten, e) ausserdem 2. wiederholt aufgenommen in die Anstalt: a) freiwillig eingetreten, b) aus der Familie etc., c) aus öffentlichen Anstalten für Geisteskranke, Epileptiker, Idioten, und zwar d) aus Privatanstalten für Geisteskranke, Epileptiker, Idioten, e) ausserdem. — Abgang seit 1. Juli, 1. Januar 19 . ., Männer, Frauen 1., 2., 3., 4. Klasse, Summa —. Davon sind Männer, Frauen geheilt oder gebessert, ungeheilt 1. entlassen a) in die Häuslichkeit, $\alpha$) selbstständig oder in die eigene Familie, $\beta$) in die Pflege zu fremden Familien, b) in eine andere Anstalt für Geisteskranke, Epileptiker, Idioten, $\alpha$) öffentliche, $\beta$) private, c) in andere Kranken- etc. Anstalten, d) anderweit, e) entwichen, Summa —; 2. gestorben darunter a) Selbstmord, b) Tuberkulose. — Zahl des Personals, Männer, Frauen, 1. Pflegepersonal, davon Ordensangehörige, Diakonie etc., seit 1. Juli, 1. Januar 19 . . mehr, weniger; 2. ausserdem a) Bureau-, b) Dienst- etc. Personal, seit 1. Juli, 1. Januar 19 . . mehr a) Bureau-, b) Dienst- etc. Personal, weniger a) Bureau-, b) Dienst- etc. Personal. — Bemerkungen.

Anlage D.

Schema für den Bericht über die Besichtigung der Privat-Anstalten durch den Kreisarzt.

I. Räume der Anstalt: Lage, baulicher Zustand, etwaige Veränderungen, Lüftung, Beleuchtung, Heizung, Wasserversorgung, Schlafräume, Tagräume, Beschäftigungsräume, Flure, Treppen, Isolirräume, Absonderungsgelegenheit für Kranke mit ansteckenden Leiden, Feststellung, ob den Anforderungen bezüglich der Grösse genügt ist, Reinlichkeit der Räume, Ausstattung (Betten, Mobiliar), Abschlüsse (Sicherungen der Thüren, Fenster, Oefen pp.), Badeeinrichtungen, Aborteinrichtungen, Entfernung der Abgänge, des Mülls, Desinfectionsvorrichtungen, Gärten und Spazierplätze, Küche, Wäscherei, etwaige Land- und Viehwirthschaft, sonstige Bemerkungen.

II. Die Kranken (. . . M., . . . Fr.): Bettlägerige Kranke, beschäftigte Kranke, in welcher Art (Handwerk, Garten- und Feldarbeit, Hausarbeit), nicht reinliche Kranke, Vorkehrungen für dieselben, zur Zeit etwa isolirte Kranke und deren Zustand, tuberkulöse Kranke, Vorkehrungen bezüglich derselben, etwa an anderen Infectionskrankheiten Leidende, Unterbringung derselben, freiwillige Pensionäre — M., — Fr., Ernährungszustand der Kranken (Verpflegung, Speisezettel), Reinlichkeit des Körpers, etwaige Verletzungen, Entstehung derselben, Kleidung, Erkrankungsfälle, die zu besonderen Bemerkungen Anlass geben, zur Zeit etwa angewandte mechanische Beschränkungen mit Besprechung dieser Fälle, etwaige Beschwerden der Kranken, geistliche Versorgung, Unterhaltung und Geselligkeit. ausserdem sind in der Anstalt als Kranke befindlich nicht Geisteskranke: M. —, Frau —, wie getrennt? besondere Vor-

kommnisse seit der letzten Besichtigung, Unglücksfälle, Selbstmord, Entfernung aus der Anstalt.

III. Personal: Aerztliches — namentlich aufzuführen, Wirthschaftspersonal (Zahl und Art), Warte- und Pflegepersonal (soweit nicht aus dem statistischen Formular ersichtlich).

IV. Registratur: Hauptbuch mit den Personalien der Kranken und den Einzelheiten des Zu- und Abganges (nach Anlage A eingerichtet), Zu- und Abgangsliste (entsprechend Anlage B), Personalacten der Kranken mit Aufnahmeantrag, Aufnahmezeugniss, Bescheinigung des Empfanges der Zu- und Abgangsmeldungen, Nachweis über Entmündigung, Vormund, Pfleger und etwaige Beurlaubung, mit ärztlich geführter Krankengeschichte, Bücher für Isolirungen und Anwendung mechanischer Beschränkung."

Die in § 26 der vorstehenden Anweisung erwähnte Besuchscommission hat folgende Geschäftsanweisung vom 11. Mai 1896: „Die Besuchscommission ist dazu bestimmt, ein Urtheil über die Leistungsfähigkeit der Anstalten und die sachgemässe Ordnung ihres Betriebes zu gewinnen. Die Besichtigung der Anstalten soll unvermuthet unter Zuziehung des zuständigen Kreisarztes stattfinden. Es kommen dabei wesentlich folgende Gesichtspunkte in Betracht: 1. Die Commission hat ihr Augenmerk auf den Zustand der Kranken zu richten. Derselbe ist durch persönliche Untersuchung festzustellen, namentlich auch bei denjenigen, welche Wünsche oder Beschwerden äussern oder welche als besonders wichtige oder schwierig zu beurtheilende Kranke von dem Anstaltsarzte auf Befragen namhaft gemacht werden. Insbesondere hat die Besuchscommission ihr Augenmerk darauf zu richten, ob in der Anstalt Personen als Kranke sich befinden, durch deren Zustand die Nothwendigkeit der Pflege in einer Anstalt nicht bedingt ist, und ob solche Personen wider ihren Willen in der Anstalt festgehalten werden. 2. Im Zusammenhange hiermit ist die Wirksamkeit der Anstalt in der Behandlung der Kranken nach jeder Richtung hin einer Prüfung zu unterwerfen. Die Maassregeln für Bettlägerige, Unruhige, Isolirte event. Tuberculöse u. s. w., ferner die Ernährung und Körperpflege der Kranken festzustellen, auch die für Beschäftigung und Bewegung im Freien getroffenen Einrichtungen zu prüfen. 3. Es ist zu erwägen, ob die ärztliche Thätigkeit nach Zahl und Ausbildung der Aerzte genügend organisirt ist. 4. Der Führung der Krankengeschichten und der Bücher über Isolirung u.s.w. ist Beachtung zu schenken. Dagegen kann die Registratur der Prüfung durch den Kreisarzt überlassen werden. 5. Von der Beschaffenheit des Wartepersonals, dem Verständnisse desselben für seine Aufgaben und von der zweckmässigen Verwendung desselben durch die Aerzte, entsprechend den Bestimmungen der Anweisung vom 26. März 1901, hat die Commission sich Kenntniss zu verschaffen. 6. Die baulichen Einrichtungen unterliegen ebenfalls der Prüfung der Commission. Dabei ist namentlich auf die technischen Besonderheiten der Anstalten für Geisteskranke, wie sie im Bau und der Ausstattung der Räume hervortreten, das Augenmerk zu richten. Die allgemein hygienischen Zustände können an der Hand der Berichte des Kreisarztes festgestellt werden, wenn nicht Besonderheiten oder Bedenken eine eingehendere Prüfung erfordern. 7. In dem von der Besuchskommission zu erstattenden Berichte sind die Punkte zu 1 bis 5 kurz zu erörtertern. Die unter 6 angeführten Verhältnisse bedürfen bei längerer Zeit bestehenden Anstalten nur dann der Erwähnung, wenn bestimmte Ausstellungen oder Vorschläge zu Abänderungen zu machen sind. Bei neu eröffneten Anstalten dagegen oder bei wesentlichen Erweiterungen oder Umbauten bestehender ist seitens der Commission eine Aeusserung über die Zweckmässigkeit der baulichen und Betriebseinrichtungen, etwa nach Anlage II der Anweisung vom 26. März 1901 abzugeben,

sofern nicht die Commission dem Berichte des Kreisarztes beitritt. Zahlenangaben über den Krankenbestand und Wechsel sind nicht erforderlich, wenn nicht bestimmte Umstände, z. B. Ueberfüllung, auf welche stets besonders zu achten ist, zu geringe Zahl des Personals u. s. w. Veranlassung hierzu geben. In jedem Berichte der Commission ist zu bemerken, ob dieselbe eine nochmalige Besichtigung der Anstalt im laufenden Jahre — wenn auch nur durch ein oder zwei Mitglieder — für erforderlich hält, oder ob sie — bei nur für Unheilbare, insbesondere Idioten bestimmten (Pflege-Anstalten von geringem Umfange und unbedeutendem Wechsel im Krankenbestande — eine Besichtigung im nächsten Jahre nicht für geboten erachtet."

Die Bestimmungen, welche in den übrigen Bundesstaaten gelten, zum Beispiel in Bayern: die Min.-Entschl. vom 3. December 1895, in Sachsen: die Verordnung vom 9. August 1900, in Württemberg: die Verf. vom 18. November 1899, in Baden: Die Verordnung vom 5. Oktober 1895 und so weiter, weichen zwar in den Einzelheiten von den preussischen Bestimmungen zum Theile ab, indessen muss mit Rücksicht auf den Mangel an Raum von einem näheren Eingehen auf dieselben abgesehen werden, zumal sie in der Hauptsache mit den preussischen übereinstimmen. Ueber die Hamburgische Verordnung vom 1. Juni 1900 siehe S. 987. Die sonstigen Vorschriften betreffend die Fürsorge für Geistetkranke siehe das folgende Capitel.

## C. Bestimmungen über die Behandlung und Verpflegung besonderer Kranken.

### 1. Personen mit geistigen Gebrechen (Geisteskranken, Idioten, Epileptische).

a) Allgemeines: Ueber die Straflosigkeit Geisteskranker siehe § 51 Str.-G.-B., S. 738. Ueber den Schutz geisteskranker Frauenspersonen gegen geschlechtlichen Missbrauch, siehe § 176, 2 Str.-G.-B., S. 740. Ueber Geisteskrankheit nach Körperverletzung, siehe § 224 Str.-G.-B., S. 741. Ueber die widerrechtliche Freiheitsberaubung eines Menschen, z. B. eines Geisteskranken, der nicht anstaltsbedürftig ist, siehe § 239 Str.-G.-B., S. 741 und §§ 845—847 B. G.-B., S. 748. Ueber die Unterbringung eines Angeklagten, der in dem Verdachte steht, geisteskrank zu sein, siehe § 81 Str.-Pr.-O., S. 744. Ueber den Strafaufschub wegen Geisteskrankheit, siehe §§ 485, 487 Str.-Pr.-O., S. 744. Ueber die Anrechnung der von einem Verurtheilten nach Beginn der Strafvollstreckung in einer Irrenanstalt verbrachten Zeit auf die Strafzeit, siehe § 493 Str.-Pr.-O., S. 744. Ueber die Entmündigung und Geschäftsunfähigkeit von Geisteskranken, siehe §§ 6, 104, 105, 114, 115, 1906—1910, 2229, 2230 B. G.-B., SS. 744, 745, 740, sowie Artikel 155 des Einführungsgesetzes zum B. G.-B., S. 752 und §§ 645, 646, 656 der C.-Pr.-O., S. 752.

b) Die Unterbringung Geisteskranker in eine geordnete Anstaltspflege ist in allen Bundesstaaten zum Gegenstand eingehender Vorschriften gemacht worden. Die Bestimmungen über die Aufnahme von Geisteskranken in öffentliche und private Irrenanstalten sind schon früher behandelt, siehe SS. 984 ff. Je früher Geisteskranke in die irrenärztliche Behandlung gebracht werden, desto grösser ist die Aussicht auf Heilung, wenn diese überhaupt möglich ist. Es liegt nicht nur im Interesse der Kranken, sondern auch der Angehörigen derselben, dass die Geisteskranken in die Irrenanstaltspflege möglichst zu Beginn ihres Leidens gegeben werden, wie dies in den Verfügungen des badischen Min. des Innern vom 3. October 1895

und 7. Mai 1896 (siehe S. 1016) ausgesprochen wird. In Preussen haben einige Provinzialreglements die Bestimmung, dass bei Geisteskranken der 3. Verpflegungsklasse, die heilbar sind oder kurze Zeit nach Beginn der Krankheit in die Irrenanstalt gebracht wurden, ein Pflegegeld nicht erhoben wird. Auf diese Weise sollen die Angehörigen der Geisteskranken auch in Fällen, wo Gemeingefährlichkeit und die zwangsweise Unterbringung der Kranken in eine Irrenanstalt nicht in Frage kommt, zu einer möglichst schnellen freiwilligen Unterbringung der Kranken in die Provinzialirrenanstalten geneigt gemacht werden. Wo aber Gemeingefährlichkeit vorliegt oder der Kranke der Anstalspflege in seinem Interesse und in dem Interesse der Allgemeinheit dringend bedürftig ist, d. h. nach dem Reglement für die Provinz Schlesien: „wenn der Kranke tobsüchtige Anfälle hat, in denen er bei der ihm gelassenen Freiheit der persönlichen Sicherheit seiner Umgebung gefährlich werden kann, oder sich selbst nach dem Leben trachtet und eine fortwährende Ueberwachung zur Abwendung eines Selbstmordes nothwendig ist, oder wenn der Kranke so unreinlich ist, dass seine Pflege lästig und störend für die Umgebung wird, oder wenn er die öffentliche Ruhe, Ordnung und Sicherheit in einem solchen Grade stört, dass er aus dringenden polizeilichen Rücksichten in besonderem Gewahrsam und unter fortwährender Aufsicht gehalten werden muss" ist die Ortspolizeibehörde in allen Bundesstaaten berechtigt und verpflichtet, die Unterbringung eines solchen Kranken in eine geeignete Heilanstalt anzuordnen und nöthigenfalls mit Zwang durchzuführen.

In Preussen beruht diese Verpflichtung der Ortspolizeibehörde auf dem allg. Landrecht, Theil II, Titel 17, § 10: „die nöthigen Anstalten zur Erhaltung der öffentlichen Ruhe, Sicherheit und Ordnung, und zur Abwendung der dem Publiko, oder einzelnen Mitgliedern desselben bevorstehenden Gefahr zu treffen, ist das Amt der Polizei" und auf § 6 des Gesetzes über die Polizeiverwaltung vom 11. März 1850 (G. S., S. 265): „Zu den Gegenständen der ortspolizeilichen Vorschriften gehören: a) der Schutz der Personen und des Eigenthums; b) Ordnung, Sicherheit und Leichtigkeit des Verkehrs auf öffentlichen Strassen, Wegen und Plätzen, Brücken, Ufern und Gewässern; c) der Marktverkehr und das öffentliche Feilhalten von Nahrungsmitteln; d) Ordnung und Gesetzlichkeit bei dem öffentlichen Zusammensein einer grösseren Anzahl von Personen; e) das öffentliche Interesse in Bezug auf die Aufnahme und Beherbergung von Fremden; die Wein-, Bier- und Kaffeewirthschaften und sonstige Einrichtungen zur Verabreichung von Speisen und Getränken; f) Sorge für Leben und Gesundheit . . ."

In Bayern sagt Art. 80 des Polizeistrafgesetzbuches vom 26. December 1871: „hat ein Blödsinniger oder Geisteskranker einen Angriff gegen Personen oder fremdes Eigenthum bewirkt oder die öffentliche Sittlichkeit verletzt und ist wegen Unzurechnungsfähigkeit des Beschuldigten entweder ein Strafverfahren gar nicht eingeleitet worden oder ein das Strafverfahren einstellendes Erkenntniss erfolgt, oder ist die Gemeingefährlichkeit einer solchen Person in sonstiger Weise festgestellt, so ist die Polizeibehörde berechtigt, auf den Grund bezirksärztlichen Gutachtens deren Unterbringung in eine Irrenanstalt oder deren sonstige genügende Verwahrung anzuordnen." Nach Ziffer 1 des Runderlasses des bayerischen Min. des Innern vom 1. Januar 1895 hat jedoch die zuständige Polizeibehörde (Distriktspolizeibehörde, in München die Polizeidirektion) die Unterbringung oder Verwahrung jeweils nach erschöpfender Sachinstruction in Form eines mit Gründen versehenen Beschlusses auszusprechen. „Der Beschlussfassung hat grundsätzlich die Einvernahme des gesetzlichen Vertreters der Person, deren Unterbringung oder Verwahrung in Frage steht, vorauszugehen; an diesen hat auch die Zustellung einer Ausfertigung des Beschlusses über die Unter-

bringung oder Verwahrung unter geeigneter Eröffnung über das Recht der Beschwerdeführung zu erfolgen. Soweit veranlasst und thunlich, ist auch die Einvernahme der betreffenden geisteskranken Person und die Mittheilung des gefassten Beschlusses an dieselbe zu bethätigen. Sofern im öffentlichen Interesse die Unterbringung oder Verwahrung noch vor der distriktspolizeilichen Beschlussfassung bethätigt werden muss, ist letztere mit thunlichster Beschleunigung und Beachtung der unter Ziffer 1 aufgestellten Gesichtspunkte nachzuholen."

In Baden sind maassgebend § 97 des Polizeistrafgesetzbuches und §§ 3, 4 der Landesherrlichen Verordnung vom 3. October 1895, welche lautet: „§ 3. Ohne Ansuchen der in §§ 1 und 2 bezeichneten Betheiligten kann die Aufnahme eines Geisteskranken oder Geistesschwachen in eine öffentliche Irrenanstalt stattfinden: 1. auf Anordnung des Bezirksamts, in dessen Bezirk der Kranke sich aufhält, wenn derselbe von einer Seelenstörung befallen ist, die ihn für sich oder andere gefährlich oder für die öffentliche Schicklichkeit anstössig macht, oder wenn er in Bezug auf Aufsicht, Schutz, Verpflegung oder ärztlichen Beistand verwahrlost wird. In einem solchen Falle hat das Bezirksamt a) die Zeugen, welche über den Zustand des Kranken Auskunft grben können, zu vernehmen; b) den Gemeinderath darüber zu hören, ob der Kranke nicht in anderer Weise, als durch Aufnahme in die Anstalt passend untergebracht werden könne und c) die in § 1 Ziffer 1 erwähnte Schilderung der Seelenstörung zu erheben. Auf Grund dieser Erhebungen, zu welchen geeigneten Falls noch ein Gutachten der Direction der in Frage kommenden Irrenanstalt einzufordern ist, entscheidet das Bezirksamt nach Berathung mit dem Bezirksrathe darüber, ob die Aufnahme des Kranken in eine öffentliche Irrenanstalt anzuordnen sei oder nicht und benachrichtigt ersteren Falls die Direction zum Vollzuge; 2. auf Anordnung des Gerichts, wenn dasselbe die Aufnahme eines Angeschuldigten zur Beobachtung verfügt; 3. auf Anordnung des Gerichts, wenn dasselbe als Vormundschaftsgericht die Aufnahme für erforderlich hält; 4. auf Anordnung des Ministeriums der Justiz, des Kultus und Unterrichts bei Strafgefangenen. Die Entlassung eines auf behördliche Anordnung (Ziffer 1—4) in eine öffentliche Irrenanstalt aufgenommenen Kranken darf nur mit Genehmigung der Behörde, welche die Aufnahme angeordnet hat, erfolgen. § 4. In dringenden Fällen kann die sofortige fürsorgliche Aufnahme eines Geisteskranken oder Geistesschwachen in eine öffentliche Irrenanstalt stattfinden: 1. auf Antrag der nächsten Angehörigen (§ 1 Ziffer 1) oder des Vormunds des Kranken, wenn zuvor die Dringlichkeit entweder durch Anführung von Thatsachen nachgewiesen und seitens des Bezirksamts oder Bezirksarztes bestätigt wird, oder mittelst persönlicher Untersuchung des Kranken seitens des Vorstandes einer öffentlichen Irrenanstalt des Landes festgestellt ist; 2. beim Mangel eines Antrages der unter Ziffer 1 bezeichneten Personen auf Antrag des Bezirksamts des Wohnorts oder Aufenthaltsorts des Kranken, wenn dasselbe in den Fällen des § 2 oder des § 3 Ziffer 1 die unverzügliche Aufnahme für nöthig erachtet. Der Direction der öffentlichen Irrenanstalt bleibt die Prüfung und Anerkennung der Dringlichkeit der Aufnahme vorbehalten und es darf die Zuführung des Kranken nur mit ihrer Zustimmung erfolgen. Die zur endgültigen Aufnahme nöthigen Verhandlungen müssen jeweils gleichzeitig eingeleitet werden."

In Württemberg ist maassgebend die Verfügung des Minist. des Innern vom 20. März 1899, insbesondere § 16. Ausnahmsweise, insbesondere wenn die Unterbringung in eine Anstalt eine dringliche und der Transport der Kranken in eine Irrenanstalt den Verhältnissen, namentlich der Entfernung nach zu schwierig ist, kann die Unterbringung von Geisteskranken auch in andere als Irrenanstalten angeordnet werden. Jedoch soll diese Unterbringung nur als eine vorüber-

gehende angesehen werden und nur so lange in Frage kommen, bis der Transport der Kranken in eine Irrenanstalt möglich und durchführbar erscheint. Die oben angeführte Badische Verordnung vom 3. October 1895 enthält darüber folgende Bestimmungen: „§ 5. Eine nicht blos vorübergehende Aufnahme eines Geisteskranken oder Geistesschwachen in andere öffentliche Krankenanstalten (Kreispflege-Anstalten, Bezirks-, Gemeinde-, Stiftungs-, Corporations-Spitäler) darf nur auf Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses stattfinden, welches die psychiatrische Behandlung und die Unterbringung in einer Irrenanstalt für nicht erforderlich erklärt. Dieses Zeugniss muss von dem für den Wohnort oder Aufenthaltsort des Kranken zuständigen Bezirksarzte, oder von dem Vorstand einer öffentlichen Irrenanstalt des Landes ausgestellt sein. § 6. Vorübergehend können in solchen öffentlichen Krankenanstalten (§ 5) Geisteskranke und Geistesschwache aufgenommen werden, wenn durch ein Zeugniss des für den Wohnort oder Aufenthaltsort des Kranken oder für den Ort der Anstalt zuständigen Bezirksarztes bestätigt wird, dass die Aufnahme in ein Krankenhaus dringlich und die Unterbringung in einer Irrenanstalt zur Zeit nicht ausführbar ist. Erfolgt nicht binnen 14 Tagen nach der Aufnahme in das Krankenhaus die Verbringung des Kranken in eine Irrenanstalt, so hat der Krankenhaus-Vorstand dem zuständigen Bezirksamt (§ 1 Ziffer 1) die geschehene Aufnahme unverzüglich anzuzeigen und die Actenstücke, auf Grund deren die letztere erfolgt ist, nebst einer gutachtlichen Aeusserung des Krankenhausarztes vorzulegen. Das Bezirksamt erörtert nach Vernehmung der nächsten Angehörigen (§ 1 Ziffer 1) und des Bezirksarztes, geeigneten Falls des behandelnden Arztes, der Zeugen, des Gemeinderaths, Armenverbands, die Krankheits- und sonstigen Verhältnisse und trifft nach Prüfung derselben eine den Betheiligten zu eröffnende Entscheidung darüber, ob die fernere Unterbringung im Krankenhause zulässig sei oder nicht und letzteren Falls, ob die Ueberführung des Kranken in eine öffentliche Irrenanstalt einzuleiten oder nach § 3 Ziffer 1 anzuordnen sei. Vorstehende Bestimmungen finden sinngemässe Anwendung auch in dem Falle, wenn ein Pflegling, der nicht wegen Geisteskrankheit in die Anstalt aufgenommen wurde, erst nach der Aufnahme sich als geisteskrank erweist. § 7. Von jeder dauernden oder vorübergehenden Aufnahme eines Geisteskranken oder Geistesschwachen in eine öffentliche Krankenanstalt, sowie von jeder Aufnahme eines Kranken in eine Privatirrenanstalt hat der Vorstand der Anstalt dem Bezirksarzt, in dessen Bezirk die Anstalt gelegen ist, binnen 24 Stunden unter Vorlage der Aufnahmepapiere Anzeige zu erstatten. Desgleichen sind die genannten Vorstände verpflichtet, jeden Abgang eines Geisteskranken oder Geistesschwachen aus ihrer Anstalt durch Austritt oder Ableben binnen 24 Stunden dem Bezirksarzt, in dessen Bezirk die Anstalt gelegen ist, anzuzeigen.“

Ausführlich werden diese Bestimmungen durch die Verfügung des badischen Min. des Innern vom 7. Mai 1896 erläutert: „Wir sehen uns bezüglich der vorübergehenden Aufnahme von Geisteskranken in öffentliche Krankenanstalten (Gemeinde-, Bezirks-, Stiftungs-, Corporationsspitäler, Kreispflegeanstalten) zu folgender Eröffnung veranlasst. Die Verordnung vom 3. October 1895 über das Verfahren bei Aufnahme von Geisteskranken in öffentliche und private Irren- und Krankenanstalten (Gesetzes- u. Verordn.-Bl. 1895, S. 367) geht davon aus, dass Geisteskranke, welche der psychiatrischen Behandlung in einer Irrenanstalt bedürfen, baldthunlichst in die für sie bestimmte öffentliche Irrenanstalt zu verbringen seien und dieser Fürsorge durch Unterbringung in anderen öffentlichen Krankenanstalten nicht entzogen werden sollen. Heilbare Geisteskranke dürfen demgemäss in andere öffentliche Krankenanstalten als Irrenanstalten nur aufgenommen werden, wenn durch ein Zeugniss des zuständigen Bezirksarztes bestätigt wird, dass die Aufnahme in ein Krankenhaus

dringlich, die Unterbringung in einer öffentlichen Irrenanstalt des Landes aber zur Zeit nicht ausführbar sei, weil auf Anfrage bei der Direction einer staatlichen Irrenanstalt eine ablehnende Antwort erfolgte, oder der Zustand des Kranken dessen Transport in die Irrenanstalt augenblicklich unmöglich mache (§ 6 Abs. 1 der Verordnung). Aus der gleichen Erwägung sollen heilbare Geisteskranke in solchen Nothfällen in öffentlichen Krankenanstalten nicht länger als unbedingt nothwendig belassen, vielmehr nach Beseitigung des Hindernisses, welches durch die ablehnende Antwort der Irrenanstalt oder durch den Zustand des Kranken veranlasst wurde, alsbald in die Irrenanstalt überführt werden. Die zur Aufnahme des Kranken in die öffentliche Irrenanstalt nöthigen Verhandlungen sind deshalb, soweit sie nicht schon vor der Aufnahme in das Krankenhaus gepflogen werden konnten, nach der Unterbringung daselbst unverzüglich einzuleiten bezw. fortzusetzen, insbesondere darf nicht etwa bis nach Ablauf der in § 6 Abs. 2 der Verordnung bestimmten 14tägigen Frist damit zugewartet werden. Das in § 6 Abs. 2 a. a. O. vorgeschriebene Verfahren bezweckt lediglich, ein länger andauerndes Verbleiben des vorübergehend aufgenommenen Geisteskranken in dem Krankenhause dadurch zu verhüten, dass, wenn die Verbringung desselben in eine Irrenanstalt nicht binnen längstens 14 Tagen erfolgte, nunmehr jedenfalls durch das Bezirksamt geprüft werde, ob die Gründe vorübergehender Aufnahme fortdauern, oder nicht die Ueberführung in eine öffentliche Irrenanstalt zu bewirken sei. Da die vorübergehende Aufnahme von heilbaren Geisteskranken in öffentliche Krankenhäuser, wie oben bemerkt, nur auf Grund eines bezirksärztlichen Zeugnisses erfolgen darf und dieses Zeugniss dem zur Beaufsichtigung der betreffenden Krankenanstalt berufenen Bezirksarzt (§ 23 der Dienstanweisung) binnen 24 Stunden nach der Krankenhausaufnahme vorzulegen ist (§ 7, Abs. 1 der Verordnung), wird der letztere spätestens von diesem Zeitpunkte ab in der Lage sein, die rechtzeitige Ueberführung des Geisteskranken in eine Irrenanstalt zu überwachen bezw. anzubahnen und auf deren Beschleunigung hinzuwirken. Er wird diese Fürsorge schon früher und um so nachdrücklicher bethätigen können, wenn die Spitalaufnahme von ihm selbst bewirkt wurde, oder das betreffende Krankenhaus seiner eigenen ärztlichen Leitung untersteht. Indem wir noch auf die Bedeutung hinweisen, welche einer raschen psychiatrischen Behandlung für den Heilerfolg zukommt, sprechen wir die Erwartung aus, dass die Grossherzoglichen Bezirksärzte der Aufnahme von heilbaren Geisteskranken in öffentliche Krankenanstalten besondere Aufmerksamkeit in dem Sinne zuwenden werden, dass diese Aufnahme auf Nothfälle der bezeichneten Art beschränkt bleibe und die Ueberführung aus der Krankenanstalt in eine Irrenanstalt jeweils mit thunlichster Beschleunigung erfolge. Bezüglich der Herbeiführung der sofortigen fürsorglichen Aufnahme in eine öffentliche Irrenanstalt wird auf die Bestimmungen in § 4 der Verordnung vom 3. October 1895[1]) verwiesen."

Auf in den meisten preussischen Regierungsbezirken sind ähnliche Vorschriften in Geltung. So ordnet die Verfügung des Regierungspräsidenten in Minden vom 27. März 1898 nachstehendes an: „1. In allgemeine Krankenanstalten, sowie in Siechenhäuser dürfen Geisteskranke, Geistesschwache oder Blödsinnige zu längerer oder dauernder Verpflegung nur auf Grund eines ärztlichen Zeugnisses aufgenommen werden, in dem die Form der geistigen Störung angegeben und ausdrücklich bescheinigt ist, dass der aufzunehmende Geisteskranke u. s. w. weder heilbar noch unruhig ist und sich zur Unterbringung in eine derartige Anstalt eignet. 4. Die Kreisärzte haben bei den alljährlichen Revisionen der allgemeinen Krankenanstalten und Siechen-

1) Siehe S. 1015.

häuser auf die in diesen etwa untergebrachten Geisteskranken, Geistesschwachen und Blödsinnigen ihr besonderes Augenmerk zu richten und sich davon zu überzeugen, ob die Art ihrer Unterbringung mit Rücksicht auf den Charakter ihrer Geisteskrankheit und auf die sonstigen Verhältnisse als eine zweckentsprechende angesehen werden kann. Erscheint ihnen die Ueberführung der betreffenden Personen in eine Irrenanstalt als nothwendig, so haben sie sofort darüber dem zuständigen Landrath entsprechende Mittheilung zu machen, damit dieser das Weitere veranlasst."

c) Transport von Geisteskranken. Ausser den bei dem Transporte von Kranken im Allgemeinen zu beachtenden Bestimmungen (siehe den Abschnitt: „Krankentransport") sind überall über die Ueberführung von Geisteskranken besondere Bestimmungen erlassen. So schreibt der Erlass des Württembergischen Ministers des Innern vom 18. April 1899 vor: „1. Bezüglich der Art der Einlieferung eines Geisteskranken in eine Irrenanstalt, sowie bezüglich der Behandlung des Kranken auf der Reise ist mit dem behandelnden Arzt oder dem Oberamtsarzt Rücksprache zu nehmen. 2. Dem Kranken sind, sofern derselbe nach dem Urtheile des Arztes nicht allein reisen kann, ein oder wenn nöthig mehrere durchaus zuverlässige Begleiter beizugeben, welche für die ordnungsmässige Verbringung des Kranken in die Irrenanstalt verantwortlich zu machen sind. Weibliche Kranke sollen, wenn irgend möglich, nur von weiblichen Personen begleitet werden. Dem Begleiter ist eine Einlieferungsurkunde mitzugeben. 3. Der Begleiter ist über die Behandlung des Kranken auf der Reise mündlich zu instruiren. Zwangsmaassregeln dürfen auf der Reise nicht angewendet werden, es sei denn, dass dieselben als unumgänglich nothwendig ärztlich zugelassen werden. In letzterem Falle ist dem Begleiter eine entsprechende schriftliche Bescheinigung des Arztes zuzustellen, welche er mit der Einlieferungsurkunde an die Direction der betreffenden Irrenanstalt abzugeben hat. Ohne ärztliche Erlaubniss ist die Anwendung von Zwangsmaassregeln auf der Reise nur dann zulässig, wenn sich der Begleiter gegen plötzliche Gewaltthätigkeiten des Kranken nicht anders zu schützen vermag. Jede Misshandlung des Kranken ist dem Begleiter strengstens zu untersagen. 4. Ueber die erfolgte Einlieferung des Kranken ist dem Begleiter seitens der Direction der betreffenden Irrenanstalt eine Bescheinigung auszustellen. Die genannten Behörden werden für Einhaltung dieser Vorschriften verantwortlich gemacht. Die Directionen der Irrenanstalten sind angewiesen, etwaige Zuwiderhandlungen zur Kenntniss des K. Medicinalcollegiums zu bringen."

In ähnlicher Weise hat der Bayerische Minister des Innern unter dem 21. Januar 1899 Folgendes bestimmt: „1. Die Leiter der unter Aufsicht der Königlichen Regierungen, Kammern des Innern, bezw. der Distriktspolizeibehörden stehenden Irren- und Blödenanstalten haben, sobald sich die Nothwendigkeit des Transportes von Geisteskranken oder Blödsinnigen mittelst Eisenbahn ergiebt, vor Einleitung des Transports mit dem Vorstande der Station, von welcher aus die Reise angetreten wird, bezw. bei einer Localbahnstation mit der Localbahnbetriebsleitung rechtzeitig in das Benehmen zu treten und hierbei ausser der Zahl der zu befördernden Geisteskranken bezw. Blödsinnigen und ihrer Begleitspersonen auch die Bestimmungsstation des Transports und die für letzteren in Aussicht genommenen Züge zu bezeichnen. Schnellzüge und Vorortszüge, sowie die für den Ausflugsverkehr bestimmten Züge, welche überwiegend Wagen des Intercommunicationssystems führen, eignen sich auf Hauptbahnen nicht zur Beförderung von Geisteskranken. 2. Die Begleitspersonen haben den Anordnungen des Stationsvorstandes bezw. Betriebsleiters hinsichtlich der Einzelheiten des Transports innerhalb des Bahnrayons Folge zu leisten und sich überhaupt thunlichstes Zusammenwirken mit dem Bahnpersonal angelegen sein zu lassen. 3. In allen anderen Fällen, insbesondere beim Transport zu

Füss oder zu Wagen ist in Bezug auf Zeit und Art der Weiterbeförderung jene Form des Transports zu wählen, bei welcher Störungen der öffentlichen Ruhe, Beschädigungen Geisteskranker, Verletzungen des Anstandes und dergleichen möglichst ausgeschlossen sind. 4. Bei der Verbringung Geisteskranker und Blöder aus der Privatpflege in Irren- oder Blödenanstalten ist, soweit thunlich, auf Beachtung der vorstehend unter 1—3 ertheilten Directiven hinzuwirken, namentlich ist bei dem Transport von Personen, deren Unterbringung gemäss Artikel 80 Absatz II und 81 Absatz II des Polizeistrafgesetzbuches angeordnet wurde, nach diesen Vorschriften zu verfahren."

Um einer Erregung der Kranken vorzubeugen ist in Preussen angeordnet, dass die Ueberführung von Geisteskranken durch nicht uniformirte Begleitpersonen stattzufinden hat. Durch den Ministerialerlass vom 10. August 1900 ist wiederholt darauf aufmerksam gemacht, dass es zu vermeiden ist, bei der Ueberführung von weiblichen Kranken in eine Anstalt für Geisteskranke oder epileptische Personen männlichen Geschlechts zur Begleitung zuzulassen. „Soweit es nicht die nächsten männlichen Angehörigen sind, erscheint eine solche Begleitung nur statthaft, wenn bei besonders schwierigen Fällen das Bedürfniss besteht, der weiblichen Begleitung der Kranken noch eine männliche Hülfe zuzuordnen."

d) Fürsorge für die ausserhalb der Irrenanstalten in Familienpflege lebenden Geisteskranken, Idioten und Epileptischen. § 105 der preussischen Dienstanweisung für die Kreisärzte vom 23. März 1901 lautet: „Die von Privatpersonen in fremden Familien untergebrachten Geisteskranken, Epileptischen und Idioten sind in Gemässheit der in einzelnen Bezirken bestehenden Vorschriften zu beaufsichtigen. Als Beispiel für derartige Vorschriften wurde durch den preussischen Ministerialerlass vom 25. April 1898 die nachstehende durch den Regierungs-Präsidenten in Düsseldorf unter dem 20. October 1894 erlassene Verfügung empfohlen, deren Bestimmungen inzwischen in den meisten Regierungsbezirken auch Geltung erlangt haben: „I. Von jedem Bürgermeister ist alljährlich ein namentliches Verzeichniss aller in dem betreffenden Polizeibezirk befindlichen Geisteskranken, Geistesschwachen und Blödsinnigen nach dem beigefügten Schema aufzustellen, sofern dieselben nicht in ausschliesslich zur Aufnahme solcher Personen dienenden Anstalten untergebracht sind. Die Spalten 9—13 und 15 sind regelmässig bei den ersten Aufnahmen der hier in Betracht kommenden Personen in dem Verzeichniss auf Grund bestimmter Angaben eines Arztes (eventuell des Armen- oder Gemeindearztes) auszufüllen. Nur in denjenigen Fällen, bei denen ein Grund zur Annahme einer Verminderung des Krankheitszustandes vorliegt, ist bei der Aufstellung der späteren Listen die ärztliche Mitwirkung in gleicher Weise erforderlich. II. Das Verzeichniss ist von dem Bürgermeister am 1. Februar eines jeden Jahres an das Landrathsamt einzureichen. III. Der Landrath nimmt unter Zuziehung des Kreisarztes eine Prüfung dieser Zusammenstellungen vor. Sofern dieselben zu Bedenken Veranlassung geben uud eine genügende Aufklärung und Erledigung derselben durch Rückfragen nicht erreicht wird, behalte ich mir vor, falls nicht diesseits ein sofortiges Einschreiten für geboten erachtet wird, auf Grund der nach Punkt IV dieser Anordnung mir zu erstattenden Berichte die Untersuchung der betreffenden geisteskranken u. s. w. Personen durch den zuständigen Kreisarzt anzuordnen. Wo besondere Uebelstände wahrgenommen wurden und die Abstellung derselben in den bisherigen Verhältnissen nicht zu erreichen und sicher zu stellen ist, insbesondere auch, wo der Krankheitszustand dies erfordert, hat die Unterbringung der betreffenden Geisteskranken u. s. w. in eine geeignete Anstalt zu erfolgen. IV. Ein eingehender Bericht ist alljährlich am 1. Juli unter Beifügung eines Abschnittes oder Verzeichnisses

seitens der Landräthe an mich zu erstatten. V. Diese Bestimmungen finden auf die Stadtkreise sinngemässe Anwendung.

Schema: 1. Laufende Nummer, 2. Vor- und Zuname, 3. Lebensalter, 4. Religion, 5. Stand und Gewerbe, 6. Unterstützungswohnsitz, 7. gegenwärtiger Aufenthaltsort des Geisteskranken. 8. Ist er unterstützungsbedürftig? 9. Form der Geisteskrankheit; 10. Dauer derselben. 11. Ist der Kranke gemeingefährlich? 12. Art der Unterbringung und Verpflegung. 13. Art der ärztlichen Behandlung. 14. Ist der Kranke entmündigt? 15. Bemerkungen namentlich bezüglich Punkt 11, sowie etwaige Vorschläge zur Abhülfe."

Dieselben Bestimmungen bestehen in Bayern schon seit dem Ministerialerlass vom 30. December 1851 und sind durch den Ministerialerlass vom 15. Mai 1876 wieder in Erinnerung gebracht worden. Auch in den meisten übrigen Bundesstaaten ist die Ueberwachung der in Familienpflege untergebrachten Geisteskranken den beamteten Aerzten übertragen.

e) Besondere Bestimmungen über Idioten und Epileptische. Ueber die besondere Behandlung und den besonderen Unterricht geistig schwacher und epileptischer Schulkinder siehe S. 896 ff. Zur Aufnahme von Idioten und Epileptischen in die öffentlichen Anstalten müssen meist besondere Fragebogen beigebracht werden, deren Ausfüllung den beamteten oder behandelnden Aerzten zufällt. Als Muster werden die durch Reglement vom 28. Februar 1893 für Anstalten der Provinz Brandenburg erforderten Formulare abgedruckt:

„a) Fragebogen für das ärztliche Zeugniss zur Aufnahme eines Epileptischen.

Des Kranken Vor- und Familienname . . . Stand oder Gewerbe . . . Ort, Tag, Jahr der Geburt . . . Letzter Wohnsitz bezw. Aufenthaltsort . . . Glaubensbekenntniss . . . Familienstand (ledig, verheirathet, verwittwet, geschieden und seit wann?) Fragen: 1. Wer und wo sind die Eltern des Kranken? . . . Sind sie mit einander verwandt und in welchem Grade? . . . 2. Sind Epilepsie, Geistes- oder Nervenkrankheiten (und welche) oder Trunksucht oder Selbstmord vorgekommen bei des Kranken I. Vater? . . . Mutter? . . . II. Grosseltern? . . . Onkel? . . . Tante? . . . a) von Vater Seite? . . . b) von Mutter Seite? . . . III. Geschwister? . . . 3. Leiden oder litten Kinder des Kranken an Epilepsie? . . . Oder an einer anderen Nervenkrankheit oder an Geisteskrankheit? . . . 4. Wann zeigten sich bei dem Kranken die ersten Symptome der Krankheit? . . . Bestanden dieselben von Anfang an in Krampfanfällen oder waren einfache Schwindelanfälle die ersten Erscheinungen? . . . 5. Wie häufig treten die Anfälle auf? . . . Regelmässig oder unregelmässig? . . . Bei Tag? . . . Bei Nacht? . . . 6. Worin besteht der einzelne Anfall? In Krämpfen oder nur in Schwindelanfällen? . . . Gehen dem Anfall Vorzeichen voraus und welche? . . . Schwindet das Bewusstsein des Kranken vollständig oder nur theilweise? . . . Ist er nachher schlafsüchtig oder aufgeregt? . . . 7. Wie lange dauert ein Anfall? . . . Hält sich der Kranke im Anfall rein? . . . 8. Ist der Kranke sonst körperlich gesund? . . . Wenn nicht, mit welchem anderen Leiden ist er behaftet? . . . 9. Wie ist das Verhalten des Kranken in der anfallfreien Zeit? . . . Bemerkt man an ihm Abnahme der Geisteskräfte, besonders des Verstandes und des Gedächtnisses? . . . Hat er besondere Neigungen oder auffallende Ideen und Angewohnheiten? . . . 10. Hat der Kranke Schulkenntnisse? . . . Hat er die Schule besucht? . . . Wie waren die Leistungen in der Schule? . . . 11. Welches ist die muthmaassliche Entstehungsursache der Epilepsie? . . . Erbliche Anlage? . . . Aeussere Verletzung? . . . Schreck? . . . Ueberstandene Krankheiten (Hirn- oder Nervenkrankheit, Scharlach, Masern u. s. w.)? . . . 12. Wurde der Kranke ärztlich behandelt? . . . Wann, wie und mit welchem Er-

folg? . . . 13. Ist der Kranke der Anstaltspflege bedürftig und aus welchen Gründen? . . . 14. Herrschen zur Zeit an dem Aufenthaltsort des Kranken contagiöse Infectionskrankheiten (Blattern, Diphtheritis, Cholera, Ruhr u. s. w.)? . . . Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben nach meinen eigenen Wahrnehmungen und den mir gemachten glaubwürdigen Mittheilungen versichere ich an Eidesstatt. . . . den . . . ten . . . 18 . . . (Unterschrift.)

b) Fragebogen für das ärztliche Zeugniss zur Aufnahme eines Idioten.

Personalien wie zu a. Fragen: 1. Ist die Schwachsinnigkeit oder der Blödsinn dem Kinde angeboren und sind andere Glieder der Familie blödsinnig, oder ist das Kind erst durch besondere Veranlassungen blödsinnig geworden und durch welche? . . . 2. Wann und wie zeigte sich der Blödsinn zuerst? . . . 3. Hat das Kind eine abnorme Kopfbildung? . . . 4. Kann das Kind sehen, hören, riechen? . . . 5. Kann das Kind gehen? . . . 6. Kann das Kind seinem Alter gemäss sprechen? . . . 7. Zeigen sich besondere Schwächen einzelner Körpertheile? Ist der Mund geöffnet, sodass der Speichel herausfliesst? . . . 8. Zeigt das Kind in seinem äusseren Verhalten Ruhe oder Unruhe? Ist es zerstörungssüchtig? . . . 9. Leidet es an Krämpfen und an welchen? . . . 10. Meldet es seine natürlichen Bedürfnisse an oder ist es unreinlich? . . . 11. Hat es auffallende Angewöhnungen, Unarten, Liebhabereien? . . . 12. Ist es gegen die Aussenwelt gleichgültig oder theilnehmend? . . . 13. Welche Gemüthsrichtungen zeigen sich: Traurigkeit, Scheu, Heftigkeit oder Freundlichkeit, Zutraulichkeit, Sanftmuth u. s. w.? . . . 14. Liegt der Verdacht der Selbstbefleckung vor? . . . 15. Hat das Kind schon einige Schulkenntnisse oder mechanische Fertigkeiten sich angeeignet? . . . Wie waren die Leistungen in der Schule? . . . 16. Ist das Kind gegenwärtig frei von körperlichen, namentlich ansteckenden Krankheiten? . . . 17. Herrschen zur Zeit an dem Aufenthaltsort des Kindes ansteckende Krankheiten (Blattern, Cholera, Typhus, Diphtheritis, Ruhr u. s. w.)? . . . 18. Ist das Kind einer Anstaltspflege bedürftig und aus welchen Gründen? . . . Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben nach meinen eigenen Wahrnehmungen und den mir gemachten glaubwürdigen Mittheilungen versichere ich an Eidesstatt. . . . am . . . ten . . . 19 . . . (Unterschrift.)

Ueber die Aufnahme von Epileptischen und Idioten in Privatanstalten siehe SS. 1004 ff.

## Anhang:

Vorschriften für die Pflege Geisteskranker, Idioten und Epileptischer.

Die sächsische Pflegerordnung (siehe S. 926) enthält folgende Bestimmungen:

„§ 32. Pflege Geisteskranker und Blöder.

1. Schonende Behandlung: Geisteskranke und Blöde sind als unzurechnungsfähige Kranke anzusehen, ihre Aeusserungen und Handlungen sind nur in diesem Sinne aufzufassen. Schimpfreden, Verleumduugen und selbst thätlichen Angriffen solcher Kranken ist mit Nachsicht und ruhiger Festigkeit zu begegnen. Empfindlichkeit, leidenschaftliche Wallung und furchtsame Haltung führen nie zu dem zu erstrebenden Ziele der Beruhigung des Kranken. Der Pfleger muss alle seine Pflichten möglichst ohne Aufsehen und Geräusch erfüllen, damit die Kranken nicht aufgeregt oder gegen ihn erbittert werden. Insbesondere sind Nachforschungen nach vermissten oder von Kranken versteckten oder entwendeten Gegenständen mit Schonung und unter thunlichster Milderung des Unvermeidlichen auszuführen. 2. Ab-

Sonderung in Einzelzimmern: Die Absonderung von Kranken durch Verbringung in Einzelzimmer haben die Pfleger nie eigenmächtig zu verfügen. Die Absonderung darf in der Regel nur auf Anordnung des Arztes, und wenn in Nothfällen ein solcher nicht schnell genug zu erlangen ist, auf Anordnung des Oberpflegers erfolgen. Ueber die in einem solchen Falle von ihm ausnahmsweise angeordnete Absonderung eines Kranken hat der Oberpfleger alsbald nachträglich Meldung zu erstatten. Diese Meldung hat, wenn die Absonderung sich während der Nachtzeit nöthig machte, die Umstände aber die Herbeirufung des Arztes nicht erforderten, jedenfalls sofort am nächsten Morgen zu erfolgen. Bei der Ausführung der Absonderung ist jederzeit genau nach den deshalb ertheilten ärztlichen Vorschriften zu verfahren. Abgesonderten Kranken hat der Pfleger stete Aufmerksamkeit zu widmen. Er hat sich fortgesetzt von ihrem Ergehen und Gebahren in Kenntniss zu erhalten. 3. Vermeidung verletzender Bezeichnnngen: Den Kranken gegenüber ist die Bezeichnung ihres Zustandes mit Ausdrücken, wie: „Narrheit", Verrücktheit", „Tollheit" und dergleichen unbedingt zu vermeiden. 4. Vergangenheit der Kranken: Der Pfleger darf weder selbst dem Kranken Vorfälle oder Vergehungen aus dessen Vergangenheit zum Vorwurf machen, noch darf er dies von Anderen dulden, noch Anderen über dergleichen Mittheilung machen. Ebensowenig ist der Kranke zu dergleichen Eröffnungen zu ermuntern oder in seinen irrsinnigen Aeusserungen zu bestärken. 5. Zeit des Aufstehens und Zubettgehens: Die Pfleger müssen regelmässig früh mindestens $1/2$ Stunde eher als die Kranken das Bett verlassen und Abends die Letzten sein, welche zu Bett gehen. 6. Gelegentliche körperliche Besichtigung: Die Zeit des An- und Auskleidens des Kranken und die Zeit, die er im Bade zubringt, ist mit Gewandtheit zu körperlicher Besichtigung wegen verheimlichter oder unbemerkt gebliebener äusserer Schäden zu benutzen. 7. Nachforschung in den Kleidern und sonstigen Sachen: Die Kleider und sonstigen Sachen der Kranken sind öfters unbemerkt zu untersuchen, um sich zu überzeugen, ob der Kranke vielleicht verbotene Gegenstände, als gefährliche Werkzeuge, Bindfaden, Scherben, Nägel und dergleichen, angesammelt habe. 8. Bewahrung des Eigenthums der Kranken: Die Pfleger haben darauf zu achten, dass die Kranken von ihrem Eigenthume etwas weder verschenken, noch verkaufen, noch vertauschen oder verborgen. 9. Gottesdienste, Begräbnisse etc.: Rücksichtlich der Betheiligung der Kranken an den Gottesdiensten, Begräbnissen etc. ist den ärztlichen Bestimmungen nachzugehen. 10. Spaziergänge: Bei den Spaziergängen der Kranken (§ 26) haben die Pfleger namentlich auch darauf zu achten, dass kein Kranker sich verliere, entweiche oder sich verberge.

## § 33. Pflege Epileptischer.

1. Abgewöhnung beengender Kleidungsstücke: Die Pfleger haben auch an ihrem Theile darauf zu halten, dass sich die Epileptischen aller beengenden Kleidungsstücke entwöhnen, besonders um den Hals und um den Leib oberhalb der Hüften. 2. Freier Durchgang durch die Thüren: Die Pfleger haben nicht zu dulden, dass die Kranken in den Thüren stehen oder diejenigen Thüren, deren Offenstehen angeordnet ist, schliessen, damit nicht der freie Durchgang der Pfleger bei vorkommenden epileptischen Anfällen gehindert ist. 3. Maassregeln beim Eintritte von Krämpfen: Beim Eintritte von Krämpfen sind dem Kranken die Kleidungsstücke um den Hals und um den Leib oberhalb der Hüften, wenn sie dort irgend beengen, schnell zu öffnen und Speisen, die er etwa im Munde hat, rasch, aber unter grösster Schonung daraus zu entfernen. Auch ist darauf zu achten, dass der Kranke sich oder Andere nicht verletzt. 4. Schonung der Krampfbetten etc.:

Den auf den Krampfbetten oder Krampfmatratzen Liegenden ist behufs Schonung dieser Lagerstätten das Schuhwerk auszuziehen. 5. Abwartung Badender: Bei dem Baden der Kranken ist die unausgesetzte Gegenwart wenigstens zweier Pfleger in der Badestube unbedingt nothwendig. Zuwiderhandelnde Pfleger haben sich strenger Bestrafung zu gewärtigen. 6. Geistesgestörte: Ist schon an sich jeder Epileptische durchaus als Kranker anzusehen, so gilt dies um so mehr, wenn sich zu seinem Leiden Geistesstörung gesellt. In diesem Falle hat der Pfleger auch die in § 32 enthaltenen Dienstvorschriften zu beobachten."

## 2. Personen mit körperlichen Gebrechen (Taubstumme, Blinde, Krüppel u. s. w.)

a) Allgemeines. Ueber die Zurechnungsfähigkeit und die besondere Stellung der Taubstummen in dem Str.-G.-B. siehe § 58 des Str.-G.-B., S. 738. Ueber den Schutz gebrechlicher Personen gegen eine mangelhafte Behandlung oder Versorgung siehe § 221 des Str.-G.-B., S. 740. Ueber die Bestellung eines Pflegers für Personen mit körperlichen Gebrechen siehe B. G.-B. § 1910, S. 749. Ueber den Charakter der Taubstummen-Blinden etc.-Anstalten siehe S. 982.

b) Die besondere Fürsorge für Personen mit körperlichen Gebrechen in Anstalten ist in den meisten kleineren deutschen Staaten dem Staate überwiesen, welcher die Gebrechlichen in geeignete Anstalten der Orden, Congregationen, wohlthätigen Genossenschaften und Vereine oder auch in eigene Anstalten unterbringt. Im Königreiche Sachsen sind die Armenverbände verpflichtet, für die Unterhaltung und Unterbringung von Personen mit körperlichen Gebrechen Sorge zu tragen. In Preussen bestimmt die Provinzialordnung für die Provinzen Preussen, Brandenburg, Pommern, Schlesien und Sachsen in der Redaction vom 22. März 1881, die durch Gesetz vom 4. Mai 1884 auch auf Hannover und durch Gesetz vom 8. Juni 1885 auch auf Hessen-Nassau ausgedehnt ist, in § 120, dass der Genehmigung der zuständigen Minister bedürfen die von dem Provinziallandtage gemäss § 8 No. 2, §§ 35, 95 zu beschliessenden Reglements für die Irren-, Taubstummen-, Blinden- und Idiotenanstalten, jedoch nur insoweit, als sich die Bestimmungen beziehen auf die Aufnahme, Behandlung und Entlassung der Irren, Taubstummen, Blinden und Idioten oder auf deren Unterricht. Durch das Gesetz, betreffend die Ausführung der §§ 5, 6 des Gesetzes vom 30. April 1873 wegen der Dotation der Kreis- und Provinzialverbände, vom 8. Juli 1875, wurde bestimmt, dass die Ueberweisung gewisser Summen unter Anderen zur Fürsorge bezw. Gewährung von Beihilfen für das Irren-, Taubstummen- und Blindenwesen erfolgte. Zugleich wurden den einzelnen Provinzialverbänden eine ganze Anzahl von staatlichen Taubstummen- und anderen Anstalten zur Verwaltung und Unterhaltung übertragen. — Zur Aufnahme in die Taubstummen- und Blindenanstalten sind ärztliche Zeugnisse erforderlich, welche sich wenigstens über folgende Fragen zu äussern haben[1]): „1. Ist die Taubheit und Stummheit angeboren (etwaige Erblichkeit) oder später und durch welche Krankheit sowie in welchem Alter verfolgt? Ist sie vollständig oder noch ein Rest des Gehörs (Schall- oder Vocalgehörs) und die Sprache vorhanden, so dass starke Geräusche oder stark betonte Laute vernommen und die letzteren nachgesprochen werden können? 2. Ist die körperliche Entwickelung im Verhältniss zu den vollsinnigen Kindern gleichen Alters eine normale? Sind noch weitere Gebrechen oder Krankheiten (Skrofeln, Lähmungen u. s. w.) vorhanden? Wie ist die Körperhaltung und

---

1) Rapmund-Dietrich, a. a. O. S. 336.

der Gang? Ist das Kind munter und lebhaft gleich Hörenden, hat es einen geistigen Blick oder ein blödes, stumpfes Aussehen? 3. Wie sind die intellectuellen Fähigkeiten: Zeigt das Kind Aufmerksamkeit auf das, was in seiner Umgebung sich befindet oder geschieht und weiss es die Gegenstände mit mehr oder weniger verständlicher Gebärde zu bezeichnen? Weiss es Wünsche und Bedürfnisse durch Gebärden verständlich zu machen? Versteht es auch die auf gleiche Weise gegebenen Mittheilungen anderer? Zeigt es Zahlensinn, indem es z. B. die Summe gleichmässiger Dinge mittelst der Finger anzugeben versteht? 4. Sind mit dem Kinde Heilversuche vorgenommen worden, von wem und mit welchem Erfolge?" Zur Aufnahme blinder Personen ist eine Bescheinigung erforderlich, welche nähere Angaben über Ursache, Zeit der Entstehung und Art der Blindheit, über die früher angestellten Heilversuche, über sonstige körperliche Gebrechen oder Krankheitsanlagen, über die günstigen Fähigkeiten und die Charaktereigenthümlichkeiten des Blinden und ähnliche Fragen enthalten muss.

c) Ueber die ärztliche und specialärztliche Fürsorge für die Zöglinge der Taubstummen-Anstalten handelt der preussische Min.-Erlass vom 10. Juli 1900, wie folgt: „Unter dem 7. September 1898 — M. 11797 U III A — war eine Erhebung angeordnet worden über die ärztliche und specialärztliche Fürsorge für die Zöglinge der Taubstummen-Anstalten. Die Berichte ergaben, dass die ärztliche Hülfe für die Zöglinge der Taubstummen-Anstalten insoweit sicher gestellt ist, dass der allgemeine Gesundheitszustand derselben bei der Aufnahme festgestellt wird, und dass bestimmten Aerzten die Behandlung in Krankheitsfällen vertragsmässig übertragen ist. Dagegen wurde ermittelt, dass nicht immer die specialärztliche Fürsorge dem Bedürfnisse der Anstalten und dem gegenwärtigen Stande der medicinischen Wissenschaft entspricht. Eine specialärztliche Vorbildung des Anstaltsarztes auf dem Gebiete der Gehör-, Seh- und Sprechorgane ist aber wenigstens insoweit unerlässlich, dass die sachgemässe Behandlung gewöhnlicher Fälle von ihm geleistet und die rechtzeitige Einleitung der specialärztlichen Behandlung von ihm beurtheilt und veranlasst werden kann. Um diesem Bedürfnisse zu genügen, sind an der hiesigen Königlichen Taubstummen-Anstalt besondere Kurse eingerichtet worden, welche dazu bestimmt sind, den an Taubstummen-Anstalten thätigen Aerzten durch eine Reihe von Vorträgen, Demonstrationen und Uebungen, mit denen hervorragende Specialisten betraut sind, die für die Untersuchung und die allgemeine Behandlung taubstummer Kinder erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten zu vermitteln und sie ausserdem mit den Aufgaben und Methoden der Taubstummenerziehung wie mit den wichtigsten schulärztlichen Fragen bekannt zu machen. Der erste dieser Aerztekurse, welcher in der Zeit vom 14. Mai bis 2. Juni d. J. an der hiesigen Königlichen Taubstummen-Anstalt unter Zugrundelegung des beifolgenden Lehrplanes abgehalten worden ist, hat den Erwartungen durchaus entsprochen. Wiederholt und mit steigendem Nachdruck haben die theilnehmenden Aerzte ihrem Danke für die ihnen hier gewährte specialistische und allgemeine Fortbildung sowie der Ueberzeugung Ausdruck gegeben, dass das Gelernte und Gesehene ihrer Praxis in den Taubstummen-Anstalten und damit den Zöglingen zu Gute kommen werde.

Dadurch, dass die Theilnehmer in den Taubstummen-Unterricht selbst eingeführt werden und verschiedene Anstalten besuchten, ist ein engeres und vertrauensvolleres Verhältniss zwischen den Aerzten und Taubstummenlehrern angebahnt worden; das Verständniss für die beiderseitigen Aufgaben ist gewachsen. Die an den Zöglingen der hiesigen Königlichen Taubstummen-Anstalt gelegentlich des Cursus ausgeführten Untersuchungen haben zur Evidenz ergeben, dass eine specialärztliche Untersuchung und fortdauernde Beaufsichtigung der Gehör-, Seh- und Sprechappa-

rate auch für den Unterricht der Taubstummen, für das, was man von dem einzelnen Zöglinge verlangen, und, wie man es verlangen kann, von der grössten Wichtigkeit ist. Nur durch diese fortgesetzten körperlichen Beobachtungen lässt sich namentlich auch feststellen, wie weit noch durch das Gehör eine geistige Vermittelung stattfinden, und wie weit vermöge des Baues und der Anlage seiner Sprechorgane der taub Geborene oder taub Gewordene noch zur Articulation der Lautsprache gebracht werden kann. Für die bei der Aufnahme in die Anstalt durch den Arzt zu vollziehende Feststellung der allgemeinen und der besonderen körperlichen und geistigen Verhältnisse des taubstummen Kindes und die weitere regelmässige Beobachtung desselben ist das in der Anlage C. beigefügte Schema eines ärztlichen Personalbogens ausgearbeitet worden."

Anlage C. Aerztlicher Personalbogen. Formular I. Knaben weiss, Mädchen blau. Taubstummenanstalt zu . . . Vor- und Zunahme: Sohn (Tochter) des (der) (Name), Beruf, geb. am . . . zu . . . Kreis . . . Geimpft im Jahre: . . . Wiedergeimpft im Jahre . . . ehelich? wievieltes Kind? Taubgeboren? Krankheiten bezw. Gebrechen bei Geschwistern? (Schwerhörigkeit, Taubheit, Sprachstörungen, Epilepsie, bei den Eltern oder sonstigen Verwandten? Taub geworden? im Alter von . . . Jahren, wodurch? Sprach das Kind vor der Ertaubung? Etwaige Bildungs- und Heilversuche? Tag der ärztlichen Untersuchung. Ansteckende Krankheiten: a) selbst, b) Familie, c) im Hause. Parasiten? Scabies, Pediculi etc. Allgemeine Körperconstitution. Grösse: cm. Gewicht: kg. Constitutionelle Krankheiten: Skrophulose, Tuberculose, Syphilis, Lepra, Epilepsie etc. Brustumfang, Herz, Lunge, Bauch: (Bruch?) Knochengerüst, Wirbelsäule. Hörorgan: Aeusserer Gehörgang? Trommelfell? Mittelohr? Eustachische Röhre durchgängig? Nasen-, Rachenraum? Rachenmandel? Nase, Mund, Kehlkopf: Zähne, Zungenmandel, Gaumensegelmandel, Kehlkopfeingang, Taschenbänder, Stimmlippen, Luftröhre? Augen: R. und L. Sehschärfe, Refraction, Hornhaut, Aderhaut, Netzhaut etc.? Allgemeiner geistiger Zustand: Geweckt, normal begabt, schwachsinnig, blödsinnig (idiotisch)? Hörfähigkeit: Worte, welche? in welcher Entfernung? Vocale, welche? Consonanten, welche? Welche Geräusche überhaupt? Welche Tonreihe?[1]) Sprache, Noch vorhanden? Athmung? Stimme? Aussprache? Welche Störung[2]) macht sich beim Articulationsunterricht in der Anstalt bemerkbar? 1. Sprach-Athmung? 2. Sprechstimme? 3. Aussprache? Bemerkungen (etwaige sonstige Abnormitäten, insbesondere des Schädels, Gesichts etc.) Folgerungen aus der ärztlichen Untersuchung, Tag der ärztlichen Untersuchung. Für Lehrer und Unterricht. Für Eltern und Haus."

d) In Bremen ist für taubstumme Kinder aller Vermögensklassen der Unterrichtszwang durch das nachstehende Gesetz vom 1. Juli 1898 eingeführt: „Der Senat verordnet im Einverständniss mit der Bürgerschaft: § 1. Taubstumme Kinder unterliegen dem Unterrichtszwang nach Maassgabe der folgenden Bestimmungen. § 2. Taubstumme Kinder, für deren genügende Ausbildung nicht in anderer Weise gesorgt ist, sind für die Dauer des schulpflichtigen Alters in der zur Ausbildung solcher Kinder bestimmten Anstalt unterzubringen oder haben am Unterrichte in derselben theilzunehmen. Im Zweifelsfalle entscheidet hierüber nach Einholung sachverständigen Gutachtens die Senatscommission für das Unterrichtswesen, welche ebenfalls bestimmt, ob das Kind in der Anstalt unterzubringen ist oder nur am Unterrichte in derselben theilzunehmen hat. Auch kann sie mit Rücksicht auf die geistige oder körperliche Entwickelung eines Kindes dasselbe zeitweilig von der

1) Mit continuirlicher Tonreihe zu prüfen.
2) Erst nach Beobachtung zu beantworten.

Unterbringung in der Anstalt oder von der Theilnahme am Unterricht befreien. § 3. Für die Aufnahme der taubstummen Kinder oder für deren Unterricht wird bis zu anderweitigem Beschlusse des Senats und der Bürgerschaft die hiesige Taubstummenanstalt bestimmt. Die Kosten für die Unterbringung eines Kindes in der Anstalt werden auf jährlich 350 M., die Kosten für den Unterricht in derselben auf jährlich 200 M. festgesetzt. Diese Kosten, deren Zahlen vierteljährlich am 1. Januar, 1. April, 1. Juli und 1. October im voraus zu erfolgen hat, sind von den zum Unterhalte des Kindes Verpflichteten zu tragen oder aus dem Vermögen des Kindes zu erstatten. Die Einziehung geschieht erforderlichenfalls im Verwaltungswege. § 4. Die Kosten für die Unterbringung des Kindes und für den Unterricht in der Anstalt können von der Senatscommission für das Unterrichtswesen nach Anhörung der Betheiligten erlassen oder ermässigt werden, wenn und soweit nach billigem Ermessen die zum Unterhalte des Kindes Verpflichteten zur Erstattung der Kosten ausser Stande sind und das Vermögen des Kindes nicht ausreicht. In solchen Fällen sind die Kosten, soweit sie erlassen oder ermässigt werden, von der Gemeinde zu tragen, in welcher der Verpflichtete zur Zeit der Fälligkeit wohnt oder vor dem Verlassen des bremischen Staats zuletzt gewohnt hat. Ist ein zum Unterhalt des Kindes Verpflichteter nicht vorhanden, so sind die Kosten von derjenigen Gemeinde zu tragen, in welcher das Kind zur Zeit der Fälligkeit der Kosten wohnt oder bis zu seiner Unterbringung in der Anstalt gewohnt hat. Den Gemeinden des Landgebiets ist die Hälfte der ihnen zufallenden Kosten vom Kreise zu erstatten. Die auf Grund dieser Bestimmungen von dem Kreise oder den Gemeinden gewährte Beihülfe ist nicht als Armenunterstützung anzusehen. § 5. Gegen die Verfügungen und Entscheidungen der Senatscommission für das Unterrichtswesen ist die Beschwerde an den Senat zulässig. § 6. Auf Versäumung des Unterrichts finden die gesetzlichen Vorschriften wegen Bestrafung von Schulversäumnissen in den stadtbremischen Volksschulen Anwendung".

## 3. Trinker.

a) Allgemeines. Ueber die Entmündigung wegen Trunksucht siehe §§ 6, 114, B. G.-B.; SS. 744, 745. Ueber die Behandlung der durch Trunkfälligkeit veranlassten Krankheiten im Krankenversicherungsgesetz siehe dieses §§ 6a, 26a, SS. 766 ,772. Ueber die besondere Art der Gewährung der Unfallrente in Form von Naturalleistungen an Personen, denen wegen gewohnheitsmässiger Trunksucht nach Anordnung der zuständigen Behörde geistige Getränke in öffentlichen Schankstätten nicht verabfolgt werden dürfen, siehe § 26, S. 826.

b) Ein Trinkergesetz giebt es in Deutschland nicht, es bestehen nur polizeiliche Vorschriften, welche die Verabreichung von Spirituosen oder die Gestattung des Aufenthaltes in einem Wirthshause an einen notorischen Trinker verbieten. Das Gesetz, betreffend die Besorgung von Gewohnheitstrinkern vom 21. Mai 1891, vom grossen Rath des Cantons St. Gallen in der Schweiz bestimmt folgendes: „In Anbetracht der Nothwendigkeit der Aufstellung gesetzlicher Schutzmaassregeln gegen den Alkoholismus und in Ausführung von Art. 12 der Verfassung vom 14. November 1890 verordnet das Gesetz: Art. 1. Personen, welche sich gewohnheitsmässig dem Trunke ergeben, können in einer Trinkerheilanstalt versorgt werden. Art. 2. Die Dauer der Unterbringung beträgt in der Regel 9—18 Monate. In Rückfällen findet eine entsprechende Verlängerung der Frist statt. Art. 3. Die Versetzung in eine Trinkerheilanstalt erfolgt a) auf Grund freiwilliger Anmeldung, b) durch Erkenntniss des Gemeinderaths der Wohngemeinde. — Sofern gemäss Art. 7 die Kosten

der Unterbringung aus der Armenkasse zu bestreiten sind, bedarf die gemeinderäthliche Erkenntniss der Beistimmung von Art. 6, 2 immerhin unbeschadet, der Zustimmung der betr. Armenbehörde. Art. 4. Die Gemeinderäthe erkennen über die Versetzung sowohl aus eigener Entschliessung als auf Antrag einer anderen Behörde oder eines Anverwandten oder eines Vormundes. Art. 5. Die Versetzung in eine Trinkerheilanstalt kann nur auf Grund eines ärztlichen Gutachtens beschlossen werden, welches den Zustand der Trunksucht (Alkoholismus) und zu dessen Heilung die Nothwendigkeit dieser Unterbringung constatirt. Art. 6. Die gemeinderäthlichen Erkenntnisse sind den Betreffenden durch das Bezirksamt zur Verantwortung mitzutheilen und bedürfen in allen Fällen zur Vollziehung der Bestätigung durch den Regierungsrath. — Dieser ist auch berechtigt, die Versorgung einer Person in solchen Fällen von sich zu beschliessen, in denen die Unterbringung dringend geboten erscheint und die Gemeindebehörden eine solche verweigern. Art. 7. Die durch die Versorgung in einer Trinkerheilstätte erwachsenden Kosten werden aus dem Vermögen des Betreffenden bezahlt; ist er vermögenslos, oder sind für seine Familie die Kosten unerschwinglich, so werden sie nach Maassgabe der bestehenden gesetzlichen Vorschriften über das Armenwesen erhoben. Der Staat leistet, wo es nöthig erscheint, an die Kosten der Unterbringung und während derselben ausnahmsweise auch an den Unterhalt der Familie angemessene Beiträge. Art. 8. Einen Monat vor Ablauf der Versorgungsfrist hat die Anstalt einen Bericht an diejenige Behörde abzugeben, welche ihr den Kranken zugewiesen, und kann die Kur bei noch nicht völliger Heilung innerhalb der Grenzen der in Art. 2 festgesetzten Zeit verlängert werden. Art. 9. Während der Dauer der Versorgungsfrist kann für die betr. Person interimistisch ein Vormund bestellt werden. Das Gleiche kann schon vor der Unterbringung geschehen, sobald durch das amtsärztliche Gutachten eine erhebliche Willensschwäche in Folge des übermässigen Genusses alkoholischer Getränke nachgewiesen ist. Art. 10. Der Regierungsrath ist mit dem Vollzuge dieses Gesetzes beauftragt."

Ein ähnliches Gesetz hat der grosse Rath des Cantons Basel-Stadt unter dem 21. Februar 1901 erlassen. Für die Zeit des Aufenthalts in der Trinkeranstalt kann das Waisenamt einen Vormund für den Trinker ernennen. Zur Stellung des Antrags auf Versorgung sind auch die Gerichte berechtigt. Die Polizeibehörde entscheidet auf Grund von Zeugenaussagen und eines ärztlichen Gutachtens. Die Versorgung soll erstmals nicht länger als zwei Jahre dauern. Besitzt der Versorgte kein Vermögen, so leistet der Canton aus dem Alkoholzehntel einen Beitrag, in der Regel die Hälfte der Kosten.

### 4. Ansteckende Kranke.

Die Bestimmungen über die Behandlung ansteckender Kranken sind so mannigfaltig, dass es unmöglich ist, sie im Rahmen dieser Zusammenstellung einigermaassen erschöpfend zu bringen. Es werden daher nur die reichsgesetzlichen Bestimmungen im Wortlaut gebracht und die wichtigsten Bestimmungen der Bundesstaaten in kurzer Uebersicht angefügt[1]).

a) Reichsgesetz, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, vom 30. Juni 1900 (R. G. Bl., S. 306) (im Auszug):

„Anzeigepflicht. § 1. Jede Erkrankung und jeder Todesfall an Aussatz (Lepra), Cholera (asiatischer), Fleckfieber (Flecktyphus), Gelbfieber, Pest (orientali-

---

1) Siehe auch § 327 St. G. B., S. 743, welcher Strafbestimmungen gegen die Verletzung der zur Verhütung ansteckender Krankheiten erlassenen Absperrungs- und Vorsichtsmaasregeln giebt. Desgleichen auch die §§ 56, 57 der R. G. O., S. 759, welche Bestimmungen über die Beschränkung des Hausierhandels enthalten.

scher Beulenpest), Pocken (Blattern), sowie jeder Fall, welcher den Verdacht einer dieser Krankheiten erweckt, ist der für den Aufenthaltsort des Erkrankten oder den Sterbeort zuständigen Polizeibehörde unverzüglich anzuzeigen. Wechselt der Erkrankte den Aufenthaltsort, so ist dies unverzüglich bei der Polizeibehörde des bisherigen und des neuen Aufenthaltsortes zur Anzeige zu bringen. § 2. Zur Anzeige sind verpflichtet: 1. der zugezogene Arzt, 2. der Haushaltungsvorstand, 3. jede sonst mit der Behandlung oder Pflege des Erkrankten beschäftigte Person, 4. derjenige, in dessen Wohnung oder Behausung der Erkrankungs- oder Todesfall sich ereignet hat, 5. der Leichenschauer. Die Verpflichtung der unter No. 2 bis 5 genannten Personen tritt nur dann ein, wenn ein früher genannter Verpflichteter nicht vorhanden ist. § 3. Für Krankheits- und Todesfälle, welche sich in öffentlichen Kranken-, Entbindungs-, Pflege-, Gefangenen- und ähnlichen Anstalten ereignen, ist der Vorsteher der Anstalt oder die von der zuständigen Stelle damit beauftragte Person ausschliesslich zur Erstattung der Anzeige verpflichtet. Auf Schiffen oder Flössen gilt als der zur Erstattung der Anzeige verpflichtete Haushaltungsvorstand der Schiffer oder Flossführer oder deren Stellvertreter. Der Bundesrath ist ermächtigt, Bestimmungen darüber zu erlassen, an wen bei Krankheits- und Todesfällen, welche auf Schiffen oder Flössen vorkommen, die Anzeige zu erstatten ist. § 4. Die Anzeige kann mündlich oder schriftlich erstattet werden. Die Polizeibehörden haben auf Verlangen Meldekarten für schriftliche Anzeigen unentgeltlich zu verabfolgen. § 5. Landesrechtliche Bestimmungen, welche eine weitergehende Anzeigepflicht begründen, werden durch dieses Gesetz nicht berührt. Durch Beschluss des Bundesraths können die Vorschriften über die Anzeigepflicht (§§ 1 bis 4) auf andere als die im § 1 Abs. 1 genannten übertragbaren Krankheiten ausgedehnt werden.

Ermittelung der Krankheit. § 6. Die Polizeibehörde muss, sobald sie von dem Ausbruch oder dem Verdachte des Auftretens einer der im § 1 Abs. 1 genannten Krankheiten (gemeingefährliche Krankheiten) Kenntniss erhält, den zuständigen beamteten Arzt benachrichtigen. Dieser hat alsdann unverzüglich an Ort und Stelle Ermittelungen über die Art, den Stand und die Ursache der Krankheit vorzunehmen und der Polizeibehörde eine Erklärung darüber abzugeben, ob der Ausbruch der Krankheit begründet ist. In Nothfällen kann der beamtete Arzt die Ermittelung auch vornehmen, ohne dass ihm eine Nachricht der Polizeibehörde zugegangen ist. In Ortschaften mit mehr als 10000 Einwohnern ist nach den Bestimmungen des Abs. 1 auch dann zu verfahren, wenn Erkrankungs- oder Todesfälle in einem räumlich abgegrenzten Theile der Ortschaft, welcher von der Krankheit bis dahin verschont geblieben war, vorkommen. Die höhere Verwaltungsbehörde kann Ermittelungen über jeden einzelnen Krankheits- oder Todesfall anordnen. So lange eine solche Anordnung nicht getroffen ist, sind nach der ersten Feststellung der Krankheit von dem beamteten Arzte Ermittelungen nur im Einverständnisse mit der unteren Verwaltungsbehörde und nur insoweit vorzunehmen, als dies erforderlich ist, um die Ausbreitung der Krankheit örtlich und zeitlich zu verfolgen. § 7. Dem beamteten Arzte ist, soweit er es zur Feststellung der Krankheit für erforderlich und ohne Schädigung des Kranken für zulässig hält, der Zutritt zu dem Kranken oder zur Leiche und die Vornahme der zu den Ermittelungen über die Krankheit erforderlichen Untersuchungen zu gestatten. Auch kann bei Cholera-, Gelbfieber- oder Pestverdacht eine Oeffnung der Leiche polizeilich angeordnet werden, insoweit der beamtete Arzt dies zur Feststellung der Krankheit für erforderlich hält. Der behandelnde Arzt ist berechtigt, den Untersuchungen, insbesondere auch der Leichenöffnung beizuwohnen. Die in §§ 2 und 3 aufgeführten Personen sind verpflichtet, über alle für die Entstehung und

den Verlauf der Krankheit wichtigen Umstände dem beamteten Arzte und der zuständigen Behörde auf Befragen Auskunft zu ertheilen. § 8. Ist nach dem Gutachten des beamteten Arztes der Ausbruch der Krankheit festgestellt oder der Verdacht des Ausbruchs begründet, so hat die Polizeibehörde unverzüglich die erforderlichen Schutzmaassregeln zu treffen. § 9. Bei Gefahr im Verzuge kann der beamtete Arzt schon vor dem Einschreiten der Polizeibehörde die zur Verhütung der Verbreitung der Krankheit zunächst erforderlichen Massregeln anordnen. Der Vorsteher der Ortschaft hat den von dem beamteten Arzte getroffenen Anordnungen Folge zu leisten. Von den Anordnungen hat der beamtete Arzt der Polizeibehörde sofort schriftliche Mittheilung zu machen; sie bleiben so lange in Kraft, bis von der zuständigen Behörde anderweite Verfügung getroffen wird. § 10. Für Ortschaften und Bezirke, welche von einer gemeingefährlichen Krankheit befallen oder bedroht sind, kann durch die zuständige Behörde angeordnet werden, dass jede Leiche vor der Bestattung einer amtlichen Besichtigung (Leichenschau) zu unterwerfen ist.

Schutzmassregeln. § 11. Zur Verhütung der Verbreitung der gemeingefährlichen Krankheiten können für die Dauer der Krankheitsgefahr Absperrungs- und Aufsichtsmaassregeln nach Maassgabe der §§ 12—21 polizeilich angeordnet werden. Die Anfechtung der Anordnungen hat keine aufschiebende Wirkung. § 12. Kranke und krankheits- oder ansteckungsverdächtige Personen können einer Beobachtung unterworfen werden. Eine Beschränkung in der Wahl des Aufenthalts oder der Arbeitsstätte ist zu diesem Zwecke nur bei Personen zulässig, welche obdachlos oder ohne festen Wohnsitz sind oder berufs- oder gewohnheitsmässig umherziehen. § 13. Die höhere Verwaltungsbehörde kann für den Umfang ihres Bezirkes oder für Theile desselben anordnen, dass zureisende Personen, sofern sie sich innerhalb einer zu bestimmenden Frist vor ihrer Ankunft in Ortschaften oder Bezirken aufgehalten haben, in welchen eine gemeingefährliche Krankheit ausgebrochen ist, nach Ankunft der Ortspolizeibehörde zu melden sind. § 14. Für kranke und krankheits- oder ansteckungsverdächtige Personen kann eine Absonderung angeordnet werden. Die Absonderung kranker Personen hat derart zu erfolgen, dass der Kranke mit anderen als den zu seiner Pflege bestimmten Personen, dem Arzte oder dem Seelsorger nicht in Berührung kommt und eine Verbreitung der Krankheit thunlichst ausgeschlossen ist. Angehörigen und Urkundspersonen ist, insoweit es zur Erledigung wichtiger und dringender Angelegenheiten geboten ist, der Zutritt zu dem Kranken unter Beobachtung der erforderlichen Maassregeln gegen eine Weiterverbreitung der Krankheit gestattet. Werden auf Erfordern der Polizeibehörde in der Behausung des Kranken die nach dem Gutachten des beamteten Arztes zum Zwecke der Absonderung nothwendigen Einrichtungen nicht getroffen, so kann, falls der beamtete Arzt es für unerlässlich und der behandelnde Arzt es ohne Schädigung des Kranken für zulässig erklärt, die Ueberführung des Kranken in ein geeignetes Krankenhaus oder in einen anderen geeigneten Unterkunftsraum angeordnet werden. Auf die Absonderung krankheits- oder ansteckungsverdächtiger Personen finden die Bestimmungen des Abs. 2 sinngemässe Anwendung. Jedoch dürfen krankheits- oder ansteckungsverdächtige Personen nicht in demselben Raume mit kranken Personen untergebracht werden. Ansteckungsverdächtige Personen dürfen in demselben Raume mit krankheitsverdächtigen Personen nur untergebracht werden, soweit der beamtete Arzt es für zulässig hält. Wohnungen oder Häuser, in welchen erkrankte Personen sich befinden, können kenntlich gemacht werden. Für das berufsmässige Pflegepersonal können Verkehrsbeschränkungen angeordnet werden. § 16. Jugendliche Personen aus Behausungen, in denen Erkrankungen vorgekommen sind, können zeitweilig vom Schul- und Unterrichtsbesuche fern gehalten werden. Hinsichtlich der sonstigen

für die Schulen anzuordnenden Schutzmassregeln bewendet es bei den landesrechtlichen Bestimmungen. § 18. Die gänzliche oder theilweise Räumung von Wohnungen und Gebäuden, in denen Erkrankungen vorgekommen sind, kann, insoweit der beamtete Arzt es zur wirksamen Bekämpfung der Krankheit für unerlässlich erklärt, angeordnet werden. Den betroffenen Bewohnern ist anderweit geeignete Unterkunft unentgeltlich zu bieten. § 19. Für Gegenstände und Räume, von denen anzunehmen ist, dass sie mit dem Krankheitsstoffe behaftet sind, kann eine Desinfection angeordnet werden. Für Reisegepäck und Handelswaaren ist bei Aussatz, Cholera und Getbfieber die Anordnung der Desinfection nur dann zulässig, wenn die Annahme, dass die Gegenstände mit dem Krankheitsstoffe behaftet sind, durch besondere Umstände begründet ist. Ist die Desinfection nicht ausführbar oder im Verhältnisse zum Werthe der Gegenstände zu kostspielig, so kann die Vernichtung angeordnet werden. § 22. Die Bestimmungen über die Ausführungen der in den §§ 12—21 vorgesehenen Schutzmaassregeln, insbesondere der Desinfection, werden vom Bundesrath erlassen. § 23. Die zuständige Landesbehörde kann die Gemeinden oder die weiteren Communalverbände dazu anhalten, diejenigen Einrichtungen, welche zur Bekämpfung der gemeingefährlichen Krankheiten nothwendig sind, zu treffen. Wegen Aufbringung der erforderlichen Kosten findet die Bestimmung des § 37 Abs. 2 Anwendung.

Entschädigungen. § 28. Personen, welche der Invaliden-Versicherung unterliegen, haben für die Zeit, während der sie auf Grund des § 12 in der Wahl des Aufenthaltes oder der Arbeitsstätte beschränkt oder auf Grund des § 14 abgesondert sind, Anspruch auf eine Entschädigung wegen des ihnen dadurch entgangenen Arbeitsverdienstes, bei deren Berechnung als Tagesarbeitsverdienst der dreihundertste Theil des für die Invalidenversicherung massgebenden Jahresarbeitsverdienstes zu Grunde zu legen ist. Dieser Anspruch fällt weg, insoweit auf Grund einer auf gesetzlicher Verpflichtung beruhenden Versicherung wegen einer mit Erwerbsunfähigkeit verbundenen Krankheit Unterstützung gewährt wird oder wenn eine Verpflegung auf öffentliche Kosten stattfindet. § 29. Für Gegenstände, welche in Folge einer nach Massgabe dieses Gesetzes polizeilich angeordneten und überwachten Desinfection derart beschädigt worden sind, dass sie zu ihrem bestimmungsmässigen Gebrauche nicht weiter verwendet werden können, oder welche auf polizeiliche Anordnung vernichtet worden sind, ist, vorbehaltlich der in §§ 32 und 33 angegebenen Ausnahmen, auf Antrag Entschädigung zu gewähren. § 30. Als Entschädigung soll der gemeine Werth des Gegenstandes gewährt werden ohne Rücksicht auf die Minderung des Werthes, welche sich aus der Annahme ergiebt, dass der Gegenstand mit Krankheitsstoff behaftet sei. Wird der Gegenstand nur beschädigt oder theilweise vernichtet, so ist der verbleibende Werth auf die Entschädigung anzurechnen. § 31. Die Entschädigung wird, sofern ein anderer Berechtigter nicht bekannt ist, Demjenigen gezahlt, in dessen Gewahrsam sich der beschädigte oder vernichtete Gegenstand zur Zeit der Desinfection befand. Mit dieser Zahlung erlischt jede Entschädigungsverpflichtung aus § 29. § 32. Eine Entschädigung auf Grund dieses Gesetzes wird nicht gewährt: 1. für Gegenstände, welche im Eigenthume des Reichs, eines Bundesstaats oder einer communalen Körperschaft sich befinden; 2. für Gegenstände, welche entgegen einem auf Grund des § 15 No. 1 oder des § 24 erlassenen Verbot aus- oder eingeführt worden sind. § 33. Der Anspruch auf Entschädigung fällt weg: 1. wenn Derjenige, welchem die Entschädigung zustehen würde, die beschädigten oder vernichteten Gegenstände oder einzelne derselben an sich gebracht hat, obwohl er wusste oder den Umständen nach annehmen musste, dass dieselben bereits mit dem Krankheitsstoffe behaftet oder auf polizeiliche Anordnung zu desinficiren waren; 2. wenn Derjenige, welchem die Entschädigung zustehen würde oder in dessen Gewahrsam

die beschädigten oder vernichteten Gegenstände sich befanden, zu der Desinfection durch eine Zuwiderhandlung gegen dieses Gesetz oder eine auf Grund desselben getroffene Anordnung Veranlassung gegeben hat. § 34. Die Kosten der Entschädigungen sind aus öffentlichen Mitteln zu bestreiten. Im Uebrigen bleibt der landesrechtlichen Regelung vorbehalten, Bestimmungen darüber zu treffen: 1. von wem die Entschädigung zu gewähren und wie dieselbe aufzubringen ist, 2. binnen welcher Frist der Entschädigungsanspruch geltend zu machen, 3. wie die Entschädigung zu ermitteln und festzustellen ist.

Allgemeine Vorschriften. § 35. Die dem allgemeinen Gebrauche dienenden Einrichtungen für Versorgung mit Trink- oder Wirthschaftswasser und für Fortschaffung der Abfallstoffe sind fortlaufend durch staatliche Beamte zu überwachen. Die Gemeinden sind verpflichtet für die Beseitigung der vorgefundenen gesundheitsgefährlichen Missstände Sorge zu tragen. Sie können nach Maassgabe ihrer Leistungsfähigkeit zur Herstellung von Einrichtungen der im Abs. 1 bezeichneten Art, sofern dieselben zum Schutze gegen übertragbare Krankheiten erforderlich sind, jederzeit angehalten werden. Das Verfahren, in welchem über die hiernach gegen die Gemeinden zulässigen Anordnungen zu entscheiden ist, richtet sich nach Landesrecht. § 40. Für den Eisenbahn-, Post- und Telegraphenverkehr sowie für Schifffahrtsbetriebe, welche im Anschluss an den Eisenbahnverkehr geführt werden und der staatlichen Eisenbahnaufsichtsbehörde unterstellt sind, liegt die Ausführung der nach Massgabe dieses Gesetzes zu ergreifenden Schutzmassregeln ausschliesslich den zuständigen Reichs- und Landesbehörden ob. Inwieweit die auf Grund dieses Gesetzes polizeilich angeordneten Verkehrsbeschränkungen und Desinfectionsmassnahmen 1. auf Personen, welche während der Beförderung als krank, krankheits- oder ansteckungsverdächtig befunden werden, 2. auf die im Dienste befindlichen oder aus dienstlicher Veranlassung vorübergehend ausserhalb ihres Wohnsitzes sich aufhaltenden Beamten und Arbeiter der Eisenbahn-, Post- und Telegraphenverwaltungen sowie der genannten Schifffahrtsbetriebe Anwendung finden, bestimmt der Bundesrath. § 42. Ist in einer Ortschaft der Ausbruch einer gemeingefährlichen Krankheit festgestellt, so ist das Kaiserliche Gesundheitsamt hiervon sofort auf kürzestem Wege zu benachrichtigen. Der Bundesrath ist ermächtigt zu bestimmen, inwieweit im späteren Verlaufe dem Kaiserlichen Gesundheitsamte Mittheilungen über Erkrankungen und Todesfälle zu machen sind.

Strafvorschriften. § 44. Mit Gefängniss bis zu drei Jahren wird bestraft: 1. wer wissentlich bewegliche Gegenstände, für welche eine Desinfection polizeilich angeordnet war, vor Ausführung der angeordneten Desinfection in Gebrauch nimmt, an Andere überlässt oder sonst in Verkehr bringt; 2. wer wissentlich Kleidungsstücke, Leibwäsche, Bettzeug oder sonstige bewegliche Gegenstände, welche von Personen, die an einer gemeingefährlichen Krankheit litten, während der Erkrankung gebraucht oder bei deren Behandlung oder Pflege benutzt worden sind, in Gebrauch nimmt, an Andere überlässt oder sonst in Verkehr bringt, bevor sie den auf Grund des § 22 vom Bundesrathe beschlossenen Bestimmungen entsprechend desinficirt worden sind; 3. wer wissentlich Fahrzeuge oder sonstige Geräthschaften, welche zur Beförderung von Kranken oder Verstorbenen der in No. 2 bezeichneten Art gedient haben, vor Ausführung der polizeilich angeordneten Desinfection benutzt oder Anderen zur Benutzung überlässt. Sind mildernde Umstände vorhanden, so kann auf Geldstrafe bis zu eintausendfünfhundert Mark erkannt werden. § 45. Mit Geldstrafe von zehn bis einhundertfünfzig Mark oder mit Haft nicht unter einer Woche wird bestraft: 1. wer die ihm nach den §§ 2, 3 oder nach den auf Grund des § 5 vom Bundesrathe beschlossenen Vorschriften obliegende Anzeige unterlässt oder länger

als vierundzwanzig Stunden, nachdem er von der anzuzeigenden Thatsache Kenntniss erhalten hat, verzögert. Die Strafverfolgung tritt nicht ein, wenn die Anzeige, obwohl nicht von dem zunächst Verpflichteten, doch rechtzeitig gemacht worden ist; 2. wer im Falle des § 7 dem beamteten Arzte den Zutritt zu dem Kranken oder zur Leiche oder die Vornahme der erforderlichen Untersuchungen verweigert; 3. wer den Bestimmungen im § 7 Abs. 3 zuwider über die daselbst bezeichneten Umstänze dem beamteten Arzte oder der zuständigen Behörde die Auskunft verweigert oder wissentlich unrichtige Angaben macht; 4. wer den auf Grund des § 13 erlassenen Anordnungen zuwiderhandelt. § 46. Mit Geldstrafe bis zu einhundertfünfzig Mark oder mit Haft wird, sofern nicht nach den bestehenden gesetzlichen Bestimmungen eine höhere Strafe verwirkt wird, bestraft: 1. wer den im Falle des § 9 von dem beamteten Arzte oder dem Vorsteher der Ortschaft getroffenen vorläufigen Anordnungen oder den auf Grund des § 10 von der zuständigen Behörde erlassenen Anordnungen zuwiderhandelt; 2. wer den auf Grund des § 12, des § 14 Abs. 5, der §§ 15, 17, 19 bis 22 getroffenen polizeilichen Anordnungen zuwiderhandelt; 3. wer den auf Grund der §§ 24, 26, 27 erlassenen Vorschriften zuwiderhandelt."

b) Bekanntmachung, betreffend die vorläufigen Bestimmungen zur Ausführung des Gesetzes über die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, vom 6. October 1900 (R. G. Bl., S. 849): „Auf Grund der §§ 22, 27, 40 und 42 des Gesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, vom 30. Juni 1900 wird zur Bekämpfung der Pest Folgendes bestimmt: 1. Zu §§ 12, 13. Die Polizeibehörden haben ein besonderes Augenmerk auf solche Personen zu richten, welche sich kürzlich in einem von der Pest heimgesuchten Orte aufgehalten haben. Es empfiehlt sich, diese Personen einer nach dem Gutachten des beamteten Arztes zu bemessenden, aber nicht länger als zehn Tage seit dem letzten Tage ihrer Anwesenheit am Pestorte dauernden Beobachtung zu unterstellen, jedoch in schonender Form und so, dass Belästigungen der Personen thunlichst vermieden werden. Die Beobachtung wird in der Regel darauf beschränkt werden können, dass durch einen Arzt oder eine sonst geeignete Person zeitweise Erkundigung über den Gesundheitszustand der betreffenden Personen eingezogen wird. Erforderlichenfalls sollen zur Erleichterung dieser Massnahme die höheren Verwaltungsbehörden für den Umfang ihres Bezirks oder für Theile desselben anordnen, dass zureisende Personen, welche sich innerhalb zehn Tagen vor ihrer Ankunft in einem von der Pest betroffenen Ort oder Bezirk aufgehalten haben, nach ihrer Ankunft der Ortspolizeibehörde binnen einer zu bestimmenden möglichst kurzen Frist schriftlich oder mündlich zu melden sind. Eine verschärfte Art der Beobachtung, verbunden mit Beschränkungen in der Wahl des Aufenthalts oder der Arbeitsstätte (z. B. Anweisung eines bestimmten Aufenthalts, Verpflichtung zum zeitweisen persönlichen Erscheinen vor der Gesundheitsbehörde, Untersagung des Verkehrs an bestimmten Orten) ist solchen Personen gegenüber zulässig, welche obdachlos oder ohne festen Wohnsitz sind oder berufs- oder gewohnheitsmässig umherziehen, z. B. fremdländische Auswanderer und Arbeiter, Zigeuner, Landstreicher, Hausirer. 2. Zu §§ 14, 18. An Pest erkrankte oder krankheitsverdächtige Personen sind ohne Verzug unter Beobachtung der Bestimmung im § 14 Abs. 2 und 3 des Gesetzes abzusondern; das Gleiche gilt für ansteckungsverdächtige Personen, insoweit nicht der beamtete Arzt eine einfachere Art der Beobachtung (vergl. Ziffer 1) für ausreichend erachtet. Als krankheitsverdächtig sind solche Personen zu betrachten, welche unter Erscheinungen erkrankt sind, die den Ausbruch der Pest befürchten lassen, als ansteckungsverdächtig solche, bei welchen dergleichen Erscheinungen zwar nicht vorliegen, jedoch die Besorgniss gerechtfertigt ist, dass sie den Krankheitsstoff der Pest auf-

genommen haben. Die Absonderung der ansteckungsverdächtigen Personen darf nur bis zur Dauer von zehn Tagen angeordnet werden. Unter Umständen kann es sich empfehlen, die Kranken, anstatt sie zur Absonderung in ein Krankenhaus oder in einen sonst geeigneten Unterkunftsraum zu verbringen, in der Wohnung zu belassen und die Gesunden aus derselben zu entfernen. Es kann sogar die Räumung des ganzen Hauses angezeigt sein, namentlich wenn in ihm ungünstige sanitäre Zustände (Ueberfüllung, Unreinlichkeit und dergl.) herrschen. Die Räumung ist insbesondere dann nothwendig, wenn unter den Ratten oder Mäusen in einem solchen Hause die Pest ausgebrochen ist, oder wenn es sich um ein sogenanntes Pesthaus handelt, in welchem unter den Bewohnern die Seuche wiederholt auftritt. Die gänzliche oder theilweise Räumung von Wohnungen oder Häusern gegen den Willen der davon Betroffenen ist jedoch an die Voraussetzung geknüpft, dass der beamtete Arzt sie zur wirksamen Bekämpfung der Pest für unerlässlich erklärt. Für den Transport der Kranken und Krankheits- oder Ansteckungsverdächtigen sollen dem öffentlichen Verkehre dienende Fuhrwerke (Droschken, Strassenbahnen und dergl.) in der Regel nicht benutzt werden. Die Polizeibehörden haben alle Insassen eines Hauses, in welchem ein Pestfall vorgekommen ist, in Bezug auf ihren Gesundheitszustand, erforderlichenfalls durch Absonderung, einer Beobachtung zu unterwerfen und dafür Sorge zu tragen, dass Erkrankungen und Todesfälle jeder Art, welche in einem solchen Hause sich ereignen, zu ihrer Kenntniss gelangen. Wohnungen oder Häuser, in denen an der Pest erkrankte Personen sich befinden, sind kenntlich zu machen. 4. Zu § 16. Jugendliche Personen aus Behausungen, in denen ein Fall von Pest vorgekommen ist, müssen, so lange nach dem Gutachten des beamteten Arztes eine Weiterverbreitung der Seuche aus diesen Behausungen zu befürchten ist, vom Schulbesuche ferngehalten werden. Das Gleiche gilt hinsichtlich des Besuchs jedes anderen Unterrichts, an welchem eine grössere Anzahl von Personen theilnimmt. 5. Zu § 19. In Häusern, in welchen Pestfälle vorgekommen, sind die erforderlichen Massnahmen zur Desinfection der Ausscheidungen des Kranken, sowie der mit dem Kranken oder Gestorbenen in Berührung gekommenen Gegenstände zu treffen. Ganz besondere Aufmerksamkeit ist der Desinfection inficirter Räume, sowie der Betten und der Leibwäsche des Kranken oder Gestorbenen zuzuwenden. Auch ist Vorsorge zu treffen, dass Fahrzeuge, welche zur Beförderung von kranken, krankheits- und ansteckungsverdächtigen Personen gedient haben, alsbald und vor anderweiter Benutzung desinficirt werden. Häuser, in denen an der Pest verendete Ratten gefunden werden, sind zu desinficiren, soweit dies von dem beamteten Arzte für erforderlich erachtet wird. Wohnungen und Häuser, welche wegen Pestausbruchs geräumt worden sind, dürfen erst nach einer wirksamen Desinfection zur Wiederbenutzung freigegeben werden. Die Desinfectionen sind nach Maassgabe der aus der Anlage 1 ersichtlichen Anweisung zu bewirken. No. 6, 7 handeln von der Vertilgung der Ratten u. s. w., sowie von der Behandlung der Leichen der an Pest Gestorbenen. 8. Zu § 22. Die Aufhebung der zur Abwehr der Pestgefahr getroffenen Anordnung darf nur nach Anhörung des beamteten Arztes erfolgen. 9. Zu § 27. Für das Arbeiten und den Verkehr mit Pesterregern gelten die aus der Anlage 2 ersichtlichen Bestimmungen. 10. Zu § 40. Für den Eisenbahnverkehr gelten die in der Anlage 3 enthaltenen Bestimmungen. 11. Zu § 42. Neben der im § 42 des Gesetzes vorgeschriebenen Benachrichtigung von dem Ausbruche der Pest sind von den Behörden an das Kaiserliche Gesundheitsamt mitzutheilen: a) tägliche Uebersichten über die weiteren Erkrankungs- und Todesfälle unter Benennung der Ortschaften und Bezirke. b) wöchentlich eine Nachweisung über den Verlauf der Seuche in den einzelnen Ortschaften nach Massgabe des als Anlage 4 beigefügten Formulars. Die täglichen Uebersichten

sind auf kürzestem Wege zu übermitteln. Die Wochennachweisungen sind so zeitig abzusenden, dass bis Montag Mittag die Mittheilungen über die in der vergangenen Woche bis Sonnabend einschliesslich gemeldeten Erkrankungen und Todesfälle im Gesundheitsamt eingehen.

Anlage I.

## Desinfectionsanweisung bei Pest.

I. Desinfectionsmittel. a) Kresol, Carbolsäure. 1. Verdünntes Kresolwasser. Zur Herstellung wird 1 Gewichtstheil Kresolseifenlauge (Liquor Cresoli saponatus des Arzeibuches für das Deutsche Reich, Vierte Ausgabe) mit 19 Gewichtstheilen gemischt. 100 Theile enthalten annähernd 2,5 Theile rohes Kresol. — Das Kresolwasser (Aqua cresolica des Arzneibuchs für das Deutsche Reich, Vierte Ausgabe) enthält in 100 Theilen 5 Theile rohes Kresol, ist also vor dem Gebrauche mit gleichen Theilen Wasser zu verdünnen. 2. Carbolsäurelösung. 1 Gewichtstheil verflüssigte Carbolsäure (Acidum carbolicum liquefactum) wird mit 30 Gewichtstheilen Wasser gemischt. b) Chlorkalk. Der Chlorkalk hat nur dann eine ausreichende und desinficirende Wirkung, wenn er frisch bereitet und in wohlverschlossenen Gefässen aufbewahrt ist; er muss stark nach Chlor riechen. Er wird in Mischung von 1 : 50 Gewichtstheilen Wasser verwendet. c) Kalk, und zwar: 1. Kalkmilch. Zur Herstellung derselben wird 1 Liter zerkleinerter reiner gebrannter Kalk, sogenannter Fettkalk, mit 4 Liter Wasser gemischt und zwar in folgender Weise: Es wird von dem Wasser etwa $^3/_4$ Liter in das zum Mischen bestimmte Gefäss gegossen und dann der Kalk hineingelegt. Nachdem der Kalk das Wasser aufgesogen hat und dabei zu Pulver zerfallen ist, wird er mit dem übrigen Wasser zu Kalkmilch verrührt. 2. Kalkbrühe, welche durch Verdünnung von 1 Theile Kalkmilch mit 9 Theilen Wasser frisch bereitet wird. d) Kaliseife. 3 Gewichtstheile Kaliseife (sogenannte Schmierseife oder grüne Seife oder schwarze Seife) werden in 100 Gewichtstheilen siedend heissem Wasser gelöst (z. B. $^1/_2$ kg Seife in 17 Liter Wasser). Diese Lösung ist heiss zu verwenden. e) Formaldehyd. Der Formaldehyd ist ein stark riechendes, auf die Schleimhäute der Luftwege, der Nasen, der Augen reizend wirkendes Gas, das aus Formalin, einer im Handel vorkommenden, 25 procentigen wässerigen Lösung des Formaldehyds (Formaldehydum solutum des Arzneibuchs) durch Kochen oder Zerstäubung mit Wasserdampf oder Erhitzen sich entwickeln lässt. Das Formalin ist bis zur Benutzung gut verschlossen und vor Licht geschützt aufzubewahren. Der Formaldehyd in Gasform ist für die Desinfection geschlossener oder allseitig gut abschliessbarer Räume verwendbar und eignet sich zur Vernichtung von Krankheitskeimen, die an frei liegenden Flächen oberflächlich oder doch nur in geringer Tiefe haften. Zum Zustandekommen der desinficirenden Wirkung sind erforderlich: vorgängiger, allseitig dichter Abschluss des zu desinficirenden Raumes durch Verklebung, Verkittung aller Undichtigkeiten der Fenster und Thüren, der Ventilationsöffnungen und dergleichen. Entwicklung von Formaldehyd in einem Mengenverhältnisse von 5 g auf 1 cbm Luftraum, gleichzeitige Entwickelung von Wasserdampf bis zu einer vollständigen Sättigung der Luft des zu desinficirenden Raumes (auf 100 cbm Raum sind 3 Liter Wasser zu verdampfen), wenigstens 7 Stunden andauerndes ununterbrochenes Verschlossenbleiben des mit Formaldehyd und Wasserdampf erfüllten Raumes; diese Zeit kann bei Entwickelung doppelt grosser Mengen von Formaldehyd auf die Hälfte abgekürzt werden. Formaldehyd kann in Verbindung mit Wasserdampf von aussen her durch Schlüssellöcher, durch kleine in die Thür gebohrte Oeffnungen und dergleichen in den zu desinficirenden Raum geleitet werden. Werden Thüren und Fenster geschlossen vorgefunden und sind keine anderen Oeffnungen (z. B. für

Ventilation, offene Ofenthüren) vorhanden, so empfiehlt es sich, die Desinfection mittelst Formaldehyds auszuführen, ohne vorher das Zimmer zu betreten, bezw. ohne die vorherigen Abdichtungen vorzunehmen; für diesen Fall ist die Entwickelung wenigstens vier Mal grösserer Mengen Formaldehyds, als sie für die Desinfection nach gescheher Abdichtung angegeben sind, erforderlich. Die Desinfection mittelst Formaldehyds darf nur nach bewährten Methoden ausgeübt und nur geübten Desinfectoren anvertraut werden, die für jeden einzelnen Fall mit genauer Anweisung zu versehen sind. Nach Beendigung der Desinfection empfiehlt es sich, zur Beseitigung des den Räumen noch anhaftenden Formaldehydgeruchs Ammoniakgas einzuleiten. f) Dampfapparate. Als geeignet können nur solche Apparate und Einrichtungen angesehen werden, welche von Sachverständigen geprüft sind. Auch Nothbehelfseinrichtungen können unter Umständen ausreichen. Die Prüfung derartiger Apparate und Einrichtungen hat sich zu erstrecken namentlich auf die Anordnung der Dampfzuleitung und Anleitung, auf die Handhabungsweise und die für eine gründliche Desinfection erforderliche Dauer der Dampfeinwirkung. Die Bedienung der Apparate u. s. w. ist, wenn irgend angängig, wohlunterrichteten Desinfectoren zu übertragen. g) Siedehitze. Auskochen in Wasser, Salzwasser oder Lauge wirkt desinficirend. Die Flüssigkeit muss die Gegenstände vollständig bedecken und mindestens zehn Minuten lang im Sieden gehalten werden.

Unter den angeführten Desinfectionsmitteln ist die Auswahl nach Lage der Umstände zu treffen. Es ist zulässig, dass seitens der beamteten Aerzte unter Umständen auch andere, in Bezug auf ihre desinficirende Wirksamkeit erprobte Mittel angewendet werden; die Mischungs- bezw. Lösungsverhältnisse, sowie die die Verwendungsweise solcher Mittel sind so zu wählen, dass der Erfolg der Desinfection nicht nachsteht einer mit den unter a bis g bezeichneten Mitteln ausgeführten Desinfection.

II. Anwendung der Desinfectionsmittel im Einzelnen. 1. Alle Ausscheidungen der Kranken (Wund- und Geschwürsausscheidungen, Auswurf und Nasenschleim, etwaige bei Sterbenden aus Mund und Nase hervorgequollene schaumige Flüssigkeit, Blut und Urin, Erbrochenes und Stuhlgang) sind mit dem unter I a beschriebenen verdünnten Kresolwasser oder durch Siedehitze (I g) zu desinficiren. Es empfiehlt sich, solche Ausscheidungen unmittelbar in Gefässen aufzufangen, welche die Desinfectionsflüssigkeit in mindestens gleicher Menge enthalten, und sie hierauf mit der letzteren gründlich zu verrühren. Verbandgegenstände sind, wenn das Verbrennen derselben (vergl. Ziffer 9) nicht angängig ist, unmittelbar nach dem Gebrauch ebenfalls in solche mit verdünntem Kresolwasser (I a) beschickte Gefässe zu legen, so dass sie von der Flüssigkeit vollständig bedeckt sind. Die Gemische sollen mindestens zwei Stunden stehen bleiben und dürfen erst dann beseitigt werden. Schmutzwässer sind mit Chlorkalk oder Kalkmich zu desinficiren und zwar ist vom Chlorkalke so viel zuzusetzen, bis die Flüssigkeit stark nach Chlor riecht, von Kalkmilch so viel, dass das Gemisch rothes Lackmuspapier stark und dauernd blau färbt. In allen Fällen darf die Flüssigkeit erst nach zwei Stunden abgegossen werden. 2. Hände und sonstige Körpertheile müssen jedes Mal, wenn sie mit inficirten Dingen (Ausscheidungen der Kranken, beschmutzter Wäsche u. s. w.) in Berührung gekommen sind, durch gründliches Waschen mit verdünutem Kresolwasser oder Carbolsäurelösung (I a) desinficirt werden. Bei Berührung mit inficirten Dingen, Pestkranken, Pestleichen, Desinfectionen von Häusern u. s. w. können die Hände vor dem Eindringen von Krankheitskeimen durch gründliches Einreiben mit Oel, Paraffinsalbe (Vaselin) und dergleichen geschützt werden. 3. Bett- und Leibwäsche, sowie waschbare Kleidungsstücke und dergl. sind entweder auszukochen (I g), oder in ein Gefäss mit einem verdünntem Kresolwasser oder Karbolsäurelösung (I a) zu stecken. Die

Flüssigkeit muss in den Gefässen die eingetauchten Gegenstände vollständig bedecken. In dem Kresolwasser oder der Carbolsäurelösung bleiben die Gegenstände wenigstens zwei Stunden. Dann werden sie mit Wasser gespült und weiter gereinigt. Das dabei ablaufende Wasser kann als unverdächtig behandelt werden. 4. Kleidungsstücke, die nicht gewaschen werden können, Matratzen, Teppiche und alles, was sich zur Dampfdesinfection eignet, sind in Dampfapparaten zu desinficiren (I f). 5. Alle diese zu desinficirenden Gegenstände sind beim Zusammenpacken und bevor sie nach den Desinfectionsanstalten oder -Apparaten geschafft werden, in Tücher, welche mit Carbolsäureläsung (I a) angefeuchtet sind, einzuschlagen und, wenn möglich, in gut schliessenden Gefässen zu verwahren. Wer solche Wäsche u. s. w. vor der Desinfection angefasst hat, muss seine Hände in der unter Ziffer 2 angegebenen Weise desinficiren. 6. Zur Desinfection inficirter oder der Infection verdächtiger Räume, namentlich solcher, in denen sich Pestkranke aufgehalten haben, sind zunächst die Lagerstätten, Geräthschaften und dergleichen, ferner die Wände und der Fussboden, unter Umständen auch die Decke mittelst Lappen, die mit verdünntem Kresolwasser oder Carbolsäurelösung (I a) getränkt sind, gründlich abzuwaschen; besonders ist darauf zu achten, dass diese Lösungen auch in alle Spalten, Risse und Fugen eindringen. Die Lagerstellen von Kranken oder von Verstorbenen und die in der Umgebung von wenigstens 2m Entfernung befindlichen Geräthschaften, Wand- und Fussbodenflächen sind bei dieser Desinfection besonders zu berücksichtigen. Alsdann sind die Räumlichkeiten und Geräthschaften mit einer reichlichen Menge Wasser oder Kaliseifenlösung (I d) zu spülen. Nach ausgeführter Desinfection ist gründlich zu lüften. 7. Die Anwendung des Formaldehyds empfiehlt sich besonders zur sogenannten Oberflächendesinfection. Ausserdem gewährt sie den Desinfectoren einen gewissen Schutz vor einer Infektion bei den nach Ziffer 6 auszuführenden mechanischen Desinfectionsarbeiten und ist möglichst vor dem Beginn sonstiger Desinfection in der Weise auszuführen, dass die zu desinficirenden Räumlichkeiten erst nach der beendeten Formaldehyddesinfection betreten zu werden brauchen (vergl. I e, Abs. 3). Nach voraufgegangener Desinfection mittelst Formaldehyds können nur die Wände, die freien glatten Flächen der Geräthschaften als desinficirt gelten. Alles Uebrige namentlich alle diejenigen Theile, welche Risse und Fugen aufweisen, sind gemäss den vorstehend gegebenen Vorschriften zu desinficiren. 8. Gegenstände von Leder, Holz- und Metalltheile von Möbeln, sowie ähnliche Gegenstände werden sorgfältig und wiederholt mit Lappen abgerieben, die mit verdünntem Kresolwasser oder Carbolsäurelösung (I a) befeuchtet sind. Die gebrauchten Lappen sind zu verbrennen. Pelzwerk wird auf der Haarseite bis auf die Haarwurzel mit verdünntem Kresolwasser oder Carbolsäurelösung (I a) durchfeuchtet, feucht gebürstet und mehrere Tage hinter einander gelüftet und dem Sonnenlicht ausgesetzt. 9. Gegenstände von geringem Werthe (Inhalt von Strohsäcken, gebrauchte Lappen und dergleichen) sind zu verbrennen. 10. Etwa aufgefundene Cadaver von Nagethieren, namentlich von Ratten und Mäusen sind in feuchte, mit verdünntem Kresolwasser oder Carbolsäurelösung (I a) getränkte Lappen einzuschlagen, ohne dass sie dabei mit dem blossen Finger berührt werden; alsdann sind dieselben durch gründliches Auskochen — mindestens eine Stunde lang — unschädlich zu machen oder besser sofort zu verbrennen oder, wenn beides nicht durchführbar, in einer hinreichend tiefen Grube, mit Kalkmilch reichlich übergossen, zu verscharren. 11. Durch Ausscheidungen von Kranken beschmutzte Erde, Pflaster, sowie Rinnsteine, ferner der Platz, auf welchem Rattencadaver gefunden wurden, werden durch Uebergiessen mit verdünntem Kresolwasser (I a) oder Kalkmilch (I e, 1) desinficirt. 12. Soll sich die Desinfection auch auf Personen erstrecken, so ist dafür Sorge zu tragen, dass dieselben ihren ganzen Körper mit Seife abwaschen und ein

vollständiges Bad nehmen. Kleider und Effecten derselben sind nach Ziffer 3 und 4 zu behandeln. 13. Die Leichen der an Pest Gestorbenen sind in Tücher zu hüllen, welche mit einer der unter I a aufgeführten desinficirenden Flüssigkeiten getränkt sind, und alsdann in dichte Särge zu legen, welche am Boden mit einer reichlichen Schicht Sägemehl, Torfmull oder anderen aufsaugenden Stoffen bedeckt sind. 14. Die Desinfection des Kiel- (Bilge-) Raumes der im Fluss- und Binnenschifffahrtsverkehr benutzten Fahrzeuge, die Desinfection des Ballastwassers und des etwa inficirten Trinkwassers ist nach den Vorschriften über die gesundheitspolizeiliche Controle der einen deutschen Hafen anlaufenden Seeschiffe zu bewirken. 15. Abweichungen von den Vorschriften unter Ziffer 1 bis 14 sind zulässig, soweit nach dem Gutachten des beamteten Arztes die Wirkung der Desinfection gesichert ist.

Anlage 3.

## Grundsätze für Massnahmen im Eisenbahnverkehr zu Pestzeiten.

1. Bei Auftreten der Pest findet eine allgemeine und regelmässige Untersuchung der Reisenden nicht statt; es werden jedoch dem Eisenbahnpersonale bekannt gegeben: a) die Stationen, auf welchen Aerzte sofort erreichbar und zur Verfügung sind, b) die Stationen, bei welchen geeignete Krankenhäuser zur Unterbringung von Pestkranken bereit stehen (Krankenübergabestationen). Die Bezeichnung dieser Stationen erfolgt durch die Landes-Centralbehörde unter Berücksichtigung der Verbreitung der Seuche und der Verkehrsverhältnisse. Ein Verzeichniss der unter a und b bezeichneten Stationen ist, nach der geographischen Reihenfolge der Stationen geordnet, jedem Führer eines Zuges, welcher zur Personenbeförderung dient, zu übergeben. 2. Auf den zu 1 a und b bezeichneten Stationen, sowie, falls eine ärztliche Ueberwachung der Reisenden an der Grenze angeordnet ist, auf den Zollrevisionsstationen sind zur Vornahme der Untersuchung Erkrankter die erforderlichen, entsprechend auszustattenden Räume von der Eisenbahnverwaltung, soweit sie ihr zur Verfügung stehen, herzugeben. 3. Die Schaffner haben dem Zugführer von jeder während der Fahrt vorkommenden auffälligen Erkrankung sofort Meldung zu machen. Der Schaffner hat sich des Erkrankten nach Kräften anzunehmen; er hat alsdann jedoch die Berührung mit anderen Personen nach Möglichkeit zu vermeiden. Der Erkrankte ist der nächsten im Verzeichniss angeführten Uebergabestation zu übergeben, wenn er dies wünscht, oder wenn sein Zustand eine Weiterbeförderung unthunlich macht. Berührt der Zug vor der Ankunft auf der nächsten Uebergabestation eine Zwischenstation, so hat der Zugführer sofort beim Eintreffen dem diensthabenden Stationsbeamten Anzeige zu machen; dieser hat alsdann der Krankenübergabestation ungesäumt telegraphisch Meldung zu erstatten, damit möglichst die unmittelbare Abnahme des Erkrankten aus dem Zuge selbst durch die Krankenhausverwaltung, die Polizei- oder die Gesundheitsbehörde veranlasst werden kann. Verlangt der Erkrankte seine Reise fortzusetzen, so ist die ärztliche Entscheidung darüber, ob der Reisende weiter befördert werden darf, auf der nächsten Station, auf welcher ein Arzt anwesend ist, einzuholen. Will der Erkrankte den Zug auf einer Station vor der nächsten Uebergabestation verlassen, so ist er hieran nicht zu hindern. Der Zugführer hat aber dem diensthabenden Beamten der Station, auf welcher der Erkrankte den Zug verlässt, Meldung zu machen, damit der Beamte, falls der Erkrankte nicht bis zum Eintreffen ärztlicher Hülfe auf dem Bahnhofe, wo er möglichst abzusondern sein würde, bleiben will, seinen Namen, Wohnort und sein Absteigequartier feststellen und unverzüglich der nächsten Polizeibehörde unter Angabe der näheren Umstände mittheilen kann. 4. Erkrankt ein Reisender unterwegs in

auffälliger Weise, so sind alsbald sämmtliche Mitreisenden, ausgenommen solche Personen, welche zu seiner Unterstützung bei ihm bleiben, aus dem Wagenabtheil, in welchem der Erkrankte sich befindet, zu entfernen und in einem anderen Abtheil, abgesondert von den übrigen Reisenden, unterzubringen. Bei der Ankunft auf der Krankenübergabestation sind diejenigen Personen, welche sich mit dem Kranken in demselben Wagenabtheil befunden haben, sofort dem etwa anwesenden Arzte zu bezeichnen, damit dieser denselben die nöthigen Weisungen ertheilen kann. Im Uebrigen muss das Eisenbahnpersonal bei Vorkommen verdächtiger Erkrankungen mit der grössten Vorsicht und Ruhe vorgehen, damit Alles vermieden wird, was zu unnöthigen Besorgnissen unter den Reisenden oder sonst beim Publikum Anlass geben könnte. 5. Der Wagen, in welchem sich ein Pestkranker befunden hat, ist sofort ausser Dienst zu stellen und der nächsten geeigneten Station zur Desinfection zu übergeben. Die näheren Vorschriften über diese Desinfection, sowie über die sonstige Behandlung der Eisenbahn-Personen-Schlafwagen bei Pestgefahr enthält die beigefügte Anweisung A. 6. Eine Beschränkung des Eisenbahngepäck- und Güterverkehrs findet, abgesehen von den bezüglich einzelner Gegenstände ergehenden Ausfuhr- und Einfuhrverboten, nicht statt. 7. Eine Desinfection von Reisegepäck und Gütern findet nur in folgenden Fällen statt: a) Auf den zu 2 bezeichneten Zollrevisionsstationen erfolgt auf ärztliche Anordnung zwangsweise die Desinfection von schmutziger Wäsche, alten und getragenen Kleidungsstücken und sonstigen Gegenständen, welche zum Gepäck eines Reisenden gehören, oder als Umzugsgut anzusehen sind und aus einem pestverseuchenden Bezirke stammen, sofern dieselben nach ärztlichem Ermessen als mit dem Ansteckungsstoffe der Pest behaftet zu erachten sind. b) Im Uebrigen erfolgt eine Desinfection von Express-, Eil- und Frachtgütern — auch auf den Zollrevisionsstationen — nur bei solchen Gegenständen, welche nach Ansicht der Ortsgesundheitsbehörde als mit dem Ansteckungsstoffe der Pest behaftet zu erachten sind. Briefe und Correspondenzen, Drucksachen, Bücher, Zeitungen, Geschäftspapiere u. s. w. unterliegen keiner Desinfection. Die Einrichtung und Ausführung der Desinfection wird von den Gesundheitsbehörden veranlasst, welchen von dem Eisenbahnpersonale thunlichst Hülfe zu leisten ist. 8. Sämmtliche Beamte der Eisenbahnverwaltung haben den Anforderungen der Polizeibehörden und der beaufsichtigenden Aerzte, soweit es in ihren Kräften steht und nach den dienstlichen Verhältnissen ausführbar ist, unbedingt Folge zu leisten und auch ohne besondere Aufforderung denselben alle erforderlichen Mittheilungen zu machen. Von allen Dienstanweisungen und Massnahmen gegen die Pestgefahr und von allen getroffenen Anordnungen und Einrichtungen ist stets sofort dabei in Frage kommenden Gesundheitsbehörden Mittheilung zu machen. 9. Ein Auszug dieser Anweisung, welcher die Verhaltungsmassregeln für das Eisenbahnpersonal bei pestverdächtigen Erkrankungen auf der Eisenbahnfahrt enthält, ist beigefügt. Von diesen Verhaltungsmassregeln ist jedem Fahrbeamten eines jeden zur Personenbeförderung dienenden Zuges ein Abdruck zuzustellen. 10. Von jedem durch den Arzt als Pest erkannten Erkrankungsfall ist seitens des betreffenden Stationsvorstehers sofort der vorgesetzten Betriebsbehörde und der Ortspolizeibehörde schriftliche Anzeige zu erstatten, welche, soweit sie zu erlangen sind, folgende Angaben enthalten soll: a) Ort und Tag der Erkrankung; b) Name, Geschlecht, Alter, Stand oder Gewerbe des Erkrankten; c) Woher der Kranhe zugereist ist; d) wo der Kranke untergebracht ist.

A. Anweisung über die Behandlung der Eisenbahn-Personen- und Schlafwagen bei Pestgefahr. 1. Während eines Pestausbruchs im Inland oder in einem benachbarten Gebiet ist für besonders sorgfältige Reinigung und Lüftung der dem Personenverkehre dienenden Wagen Sorge zu tragen; es gilt dies namentlich

in Bezug auf Wagen der 3. und 4. Klasse, welche zu Massentransporten von Personen aus einer von der Pest ergriffenen Gegend gedient haben. 2. Ein Personenwagen, in welchem ein Pestkranker sich befunden hat, ist sofort ausser Dienst zu stellen und der nächsten mit den nöthigen Einrichtungen versehenen Station zur Desinfection zu überweisen, welche in nachstehend angegebener Weise zu bewirken ist. Etwaige grobe Verunreinigungen im Innern des Wagens sind durch sorgfältiges und wiederholtes Abreiben mit Lappen, welche mit Carbolsäurelösung befeuchtet sind, zu beseitigen. Alsdann sind die Läufer, Matten, Teppiche, Vorhänge und beweglichen Polster abzunehmen, in Tücher, welche mit Carbolsäurelösung stark angefeuchtet sind, einzuschlagen und der Dampfdesinfection zu unterwerfen. Ein vorheriges Ausklopfen dieser Gegenstände ist zu vermeiden. Gegenstände aus Leder, welche eine Dampfdesinfection nicht vertragen, sind mit Carbolsäurelösung gründlich abzureiben. Demnächst ist der Wagen durchweg einer sorgfältigen Reinigung, wobei seine abwaschbaren Theile mit Carbolsäurelösung zu behandeln sind, zu unterwerfen und sodann in einem warmen, luftigen und trockenen Raume mindestens drei Tage lang aufzustellen. Die bei der Reinigung verwendeten Lappen sind zu verbrennen. Zur Herstellung der Carbolsäurelösung wird 1 Gewichtstheil verflüssigte Carbolsäure (Acidum carbolicum liquefactum des Arzneibuchs für das Deutsche Reich) mit 30 Gewichtstheilen Wasser gemischt. 3. Ist ein Schlafwagen von einem Pestkranken benutzt worden, so muss die während der Fahrt gebrauchte Wäsche desinficirt werden. Zu diesem Zwecke ist sie in Tücher, welche mit Carbolsäurelösung stark befeuchtet sind, einzuschlagen und alsdann in ein Gefäss mit Carbolsäurelösung so, dass sie von der Flüssigkeit vollständig bedeckt wird, zu legen; frühestens nach zwei Stunden ist dann die Wäsche mit Wasser zu spülen und zu reinigen. Zur Wäsche sind zu rechnen: die Laken, die Bezüge der Bettkissen und der Decken, sowie die Handtücher. Die Desinfection des Wagens selbst hat in der unter Ziffer 2 vorgeschriebenen Weise zu zu erfolgen; dabei sind jedoch auch die von den Kranken benutzten Bettkissen, Decken und beweglichen Matratzen in der dort angegebenen Weise einzuschlagen und alsdaun der Dampfdesinfection zu unterwerfen. Statt der Desinfection mit Carbolsäurelösung kann die Wäsche auch der Dampfdesinfection unterworfen werden. Für den Fall, dass es sich als nothwendig erweisen sollte, einen Schlafwagenlauf gänzlich einzustellen, bleibt Bestimmung vorbehalten. 4. Die vorstehenden Bestimmungen finden sinngemässe Anwendung bei Erkrankungen von Zug- und Postbeamten in den von ihnen benutzten Gepäck- und Postwagen. 5. Die mit der Desinfection beauftragten Arbeiter haben jedes Mal, wenn sie mit inficirten Dingen in Berührung gekommen sind, die Hände durch sorgfältiges Waschen mit Carbolsänrelösung zu desinficiren und sich sonst gründlich zu reinigen. Es empfiehlt sich, dass die Desinfektoren waschbare Oberkleider tragen; diese sind in derselben Weise wie die Wäsche aus den Schlafwagen zu desinficiren.

B. Verhaltungsmaassregeln für das Eisenbahnpersonal bei pestverdächtigen Erkrankungen auf der Eisenbahnfahrt. 1. Von jeder auffälligen Erkrankung, welche während der Eisenbahnfahrt vorkommt, hat der Schaffner dem Zugführer sofort Meldung zu machen. 2. Der Schaffner hat sich des Erkrankten nach Kräften anzunehmen; er hat alsdann jedoch jede Berührung mit anderen Personen nach Möglichkeit zu vermeiden. 3. Der Erkrankte ist der nächsten im Verzeichniss aufgeführten Uebergangsstation zu übergeben, wenn er dies wünscht, oder wenn sein Zustand eine Weiterbeförderung unthunlich macht. Berührt der Zug vor der Ankunft auf der nächsten Uebergabestation eine Zwischenstation, so hat der Zugführer sofort beim Eintreffen dem diensthabenden Stationsbeamten Anzeige zu machen; dieser hat alsdann der Krankenübergabestation ungesäumt telegraphisch

Meldung zu erstatten, damit möglichst die unmittelbare Abnahme des Erkrankten aus dem Zuge selbst durch die Krankenhausverwaltung, die Polizei oder die Gesundheitsbehörde veranlasst werden kann. Verlangt der Erkrankte seine Reise fortzusetzen, so ist die ärztliche Entscheidung darüber, ob der Reisende weiter befördert werden darf, auf der nächsten Station, auf welcher ein Arzt anwesend ist, einzuholen. Will der Erkrankte den Zug auf einer Station vor der nächsten Uebergabestation verlassen, so ist er hieran nicht zu hindern, der Zugführer hat aber dem diensthabenden Beamten der Station, auf welcher der Erkrankte den Zug verlässt, Meldung zu machen, damit der Beamte, falls der Erkrankte nicht bis zum Eintreffen ärztlicher Hülfe auf dem Bahnhofe, wo er möglichst abzusondern sein würde, bleiben will, seinen Namen, Wohnort und sein Absteigequartier feststellen und unverzüglich der nächsten Polizeibehörde unter Angabe der näheren Umstände mittheilen kann. 4. Sämmtliche Mitreisenden, ausgenommen solche Personen, welche zur Unterstützung bei dem Erkrankten bleiben, sind aus dem Wagenabtheil, in welchem sich derselbe befindet, zu entfernen und in einem anderen Abtheil, abgesondert von den übrigen Reisenden, unterzubringen. 5. Die Zugbeamten haben, wenn sie mit einem Erkrankten in Berührung gekommen sind, sich sorgfältig zu reinigen. Das Gleiche ist Reisenden in derselben Lage zu empfehlen."

Die Ausführungsbestimmungen zum Reichsseuchengesetz betreffend die übrigen gemeingefährlichen Krankheiten sind noch nicht erlassen.

c) Internationale Vereinbarungen zur Bekämpfung ansteckender Krankheiten. Die Bestimmungen der nachstehenden „Uebereinkunft der internationalen Sanitätsconferenz in Dresden vom 15. April 1893", welche sich auf die Cholera beziehen und durch die „Pestconferenz in Venedig vom 19. März 1897" auf die Pest ausgedehnt worden sind, finden auch entsprechende Anwendung auf alle gemeingefährlichen und übertragbaren Krankheiten:

Uebereinkunft. Seine Majestät der Deutsche Kaiser, König von Preussen, im Namen des Deutschen Reichs; Seine Majestät der Kaiser von Oesterreich, König von Böhmen etc. etc. und apostolischer König von Ungarn; Seine Majestät der König der Belgier; der Präsident der Französischen Republik; Seine Majestät der König von Italien; Seine Königliche Hoheit der Grossherzog von Luxemburg; Seine Hoheit der Fürst von Montenegro; Ihre Majestät die Königin der Niederlande und in Ihrem Namen Ihre Majestät die Königin-Regentin des Königreichs; Seine Majestät der Kaiser von Russland; der Schweizerische Bundesrath, haben in der Absicht, zum Schutze der öffentlichen Gesundheit in Zeiten des epidemischen Auftretens der Cholera gemeinsame Maassregeln zu vereinbaren, durch welche dem Handels- und Reiseverkehr keine unnöthigen Schranken auferlegt werden, zu Ihren Bevollmächtigten ernannt: Seine Majestät der Deutsche Kaiser, König von Preussen u. s. w. u. s. w. welche nach gegenseitiger Mittheilung ihrer in guter und gehöriger Form befundenen Vollmachten folgende Bestimmungen vereinbart haben: I. Was die auf den Reise- und Waarenverkehr anwendbaren internationalen Vorbeugungsmaassregeln anlangt: so sollen fortan die in Anlage I zu der gegenwärtigen Uebereinkunft aufgeführten und näher bezeichneten Maassnahmen in Anwendung kommen. II. Was das Sanitätswesen an der Donaumündung (Sulinamündung) betrifft: so sind die in Anlage II enthaltenen Bestimmungen zur Annahme gelangt. III. Die beigefügten Anlagen haben dieselbe Geltung, als wären sie in die gegenwärtige Uebereinkunft mit aufgenommen. IV. Die gegenwärtige Uebereinkunft soll vom Tage der Ratification ab fünf Jahre in Geltung bleiben. Dieselbe wird durch stillschweigende Erneuerung von fünf zu fünf Jahren verlängert, wenn nicht seitens eines der hohen vertragschliessenden Theile sechs Monate vor Ablaufs dieses Zeitraumes eine Kündigung erfolgt. Die Kündigung hat

nur Wirksamkeit bezüglich desjenigen Landes oder derjenigen Länder, welche dieselbe eingelegt haben. Für die übrigen Staaten bleibt die Uebereinkunft verbindlich. Auch behalten sich die hohen vertragschliessenden Theile das Recht vor, in der Uebereinkunft und ihren Anlagen Aenderungen, welche sich als nothwendig erweisen sollten, im Wege diplomatischer Verhandlungen herbeizuführen. Die gegenwärtige Uebereinkunft soll ratificirt und die Ratificationsurkunden sollen sobald als möglich und spätestens innerhalb einer mit dem fünfzehnten April eintausend achthundert und drei und neunzig beginnenden sechsmonatlichen Frist in Berlin niedergelegt werden. Zu Urkund dessen haben die betreffenden Bevollmächtigten die Uebereinkunft vollzogen und ihre Insiegel beigedrückt. So geschehen in zehn Exemplaren in Dresden, am fünfzehnten April eintausend achthundert und drei und neunzig.

## Anlagen zu der Uebereinkunft.

Anlage I.

Titel 1. Maassregeln, um die der Uebereinkunft beigetretenen Regierungen über den Stand einer Choleraepidemie sowie über die zur Verhütung der Ausbreitung und Verschleppung derselben in seuchefreie Gegenden angewandten Mittel auf dem Laufenden zu erhalten.

Erste Benachrichtigung und weitere Mittheilungen.

Die Regierung des verseuchten Landes muss den übrigen Regierungen Nachricht geben, sobald sich ein Choleraherd gebildet hat. Diese Maassregel ist von besonderer Bedeutung. Von wirklichem Werth ist dieselbe nur dann, wenn die betreffende Regierung selbst von dem Auftreten von Cholera und choleraverdächtigen Krankheitsfällen auf ihrem Gebiet stets zuverlässig unterrichtet ist. Die Einführung der Anzeigepflicht für die Aerzte bei Cholerafällen kann den verschiedenen Regierungen deshalb nicht genug empfohlen werden.

Gegenstand der Benachrichtigung unter den Regierungen ist das Vorhandensein eines Choleraherdes, der Ort, wo er sich gebildet hat und der Zeitpunkt seines Entstehens, die Zahl der klinisch festgestellten Krankheitsfälle, sowie die Zahl der Todesfälle. Die vereinzelt bleibenden Fälle brauchen nicht mitgetheilt zu werden. Die Benachrichtigung erfolgt an die diplomatischen oder konsularischen Vertretungen in der Hauptstadt des verseuchten Landes. Für die Länder, welche dort nicht vertreten sind, soll die Benachrichtigung direkt auf telegraphischem Wege an die betreffenden fremden Regierungen ergehen.

Dieser ersten Benachrichtigung müssen demnächst weitere regelmässige Mittheilungen folgen, welche geeignet sind, die Regierungen über die Entwicklung der Epidemie auf dem Laufenden zu erhalten. Diese Mittheilungen haben mindestens wöchentlich einmal zu erfolgen. Die Angaben über das Auftreten und die Entwicklung der Krankheit müssen so vollständig wie möglich sein. Dieselben sollen namentlich auch die zur Verhütung der Ausbreitung der Epidemie ergriffenen Maassregeln umfassen und im einzelnen die Bestimmungen aufführen, welche erlassen sind:

bezüglich der gesundheitspolizeilichen Inspektion oder der ärztlichen Untersuchung,

bezüglich der Isolirung,

bezüglich der Desinfection, sowie die Anordnungen für die Abfahrt der Schiffe und die Ausfuhr von Gegenständen, welche Träger des Anteckungsstoffes sein können.

Den aneinander grenzenden Ländern bleibt es vorbehalten, durch besondere Abkommen einen direkten Nachrichtenaustausch zwischen den Vorständen der Verwaltungsbehörden an der Grenze einzurichten. Die Regierung jedes Staates soll gehalten sein, diejenigen Schutzmaassregeln sofort zu veröffentlichen, deren Anord-

nung sie bezüglich der Herkünfte aus einem verseuchten Lande oder aus einem verseuchten örtlichen Bezirk für erforderlich hält. Die Veröffentlichung muss sie sogleich dem in der Hauptstadt ihres Landes residirenden diplomatischen oder konsularischen Vertreter des verseuchten Landes mittheilen. In Ermangelung einer diplomatischen oder konsularischen Vertretung in der Hauptstadt hat die Mittheilung direkt an die Regierung des betheiligten Landes zu erfolgen. Die Aufhebung sowie etwaige Abänderung dieser Maassregeln sind auf demselben Wege bekannt zu geben.

Titel 2. Voraussetzungen, unter denen ein örtlicher Bezirk als verseucht oder als rein anzusehen ist.

Als verseucht wird jeder örtliche Bezirk angesehen, in welchem das Vorhandensein eines Choleraherdes amtlich festgestellt worden ist. Als nicht mehr verseucht wird jeder örtliche Bezirk angesehen, in welchem zwar ein Choleraherd bestanden hat, in dem aber zufolge amtlicher Feststellung seit 5 Tagen weder ein Todesfall noch ein neuer Erkrankungsfall an Cholera vorgekommen ist, vorausgesetzt, dass die erforderlichen Desinfectionsmassregeln zur Ausführung gelangt sind. Die Schutzmassregeln sollen gegen das verseuchte Gebiet von dem Zeitpunkt an in Wirksamkeit treten, wo der Ausbruch der Epidemie amtlich festgestellt ist. Diese Massregeln sind ausser Wirksamkeit zu setzen, sobald der Bezirk amtlich wieder für rein erklärt worden ist. Als Grund zur Anwendung dieser Massregel soll es nicht gelten, wenn in einem örtlichen Bezirk vereinzelte Fälle vorgekommen sind, die keinen Choleraherd bilden.

Titel 3. Nothwendigkeit, die zur Verhinderung der Ausbreitung der Epidemie bestimmten Massregeln auf diejenigen örtlichen Bezirke zu beschränken, welche verseucht sind.

Um die Unwirksamkeit der ergriffenen Schutzmassregeln ausschliesslich auf die von der Cholera betroffenen Gebietstheile zu beschränken, sollen die Regierungen dieselben nur für Herkünfte aus verseuchten Bezirken in Anwendung bringen. Indessen braucht diese Beschränkung der Schutzmassregeln auf den verseuchten Bezirk nur unter der ausdrücklichen Voraussetzung eingehalten zu werden, dass die Regierung des verseuchten Landes die erforderlichen Anordnungen trifft, um die Ausfuhr solcher Gegenstände, welche Träger des Ansteckungsstoffs sein können, aus dem verseuchten Bezirk zu verhüten. Ist ein Bezirk verseucht, so sollen keine Vorbeugungsmassregeln gegen diejenigen Herkünfte ergriffen werden, welche aus denselben mindestens 5 Tage vor dem Ausbruch der Epidemie ausgeführt worden sind.

Titel 4. Waaren oder Gegenstände, welche Träger des Ansteckungsstoffs sein können und als solche für den Erlass von Ein- und Durchfuhrverboten sowie für die Anordnung einer Desinfection in Betracht kommen.

1. Ein- und Durchfuhr.

Die einzigen Gegenstände oder Waaren, welche Träger des Ansteckungsstoffs sein können und als solche von der Einfuhr ausgeschlossen werden dürfen, sind:

1. Leibwäsche, alte und getragene Kleidungsstücke (Bekleidungsgegenstände des täglichen Gebrauchs), gebrauchtes Bettzeug. Wenn diese Gegenstände als Reisegepäck oder in Folge eines Wohnungswechsels (Umzugsgut) zur Versendung kommen, so unterliegen dieselben besonderen Bestimmungen.
2. Hadern und Lumpen.

Es dürfen nicht verboten werden:

a) hydraulisch zusammengepresste Lumpen, welche in eisenbeschlagenen Ballen im Grosshandel versendet werden und mit Ursprungsmarken und -Nummern versehen sind, die von den Behörden des Bestimmungslandes anerkannt sind;

b) neue Abfälle, welche direkt aus Spinnereien, Webereien, sowie aus Confections- und Bleichanstalten kommen; Kunstwolle (Shoddy) und neue Papierschnitzel. Die Durchfuhr von Waaren und Gegenständen, welche Träger des Ansteckungsstoffs sein können, darf nicht untersagt werden, sofern dieselben so verpackt sind, dass unterwegs eine Berührung damit nicht möglich ist. Ebenso soll der Umstand, dass Waaren oder Gegenstände, welche Träger des Ansteckungsstoffs sein können, durch einen verseuchten örtlichen Bezirk befördert worden sind, kein Hinderniss für ihre Einfuhr in das Bestimmungsland bilden, sofern die Beförderung so erfolgt ist, dass unterwegs eine Berührung mit von Cholera-Entleerungen beschmutzten Gegenständen nicht hat stattfinden können. Auf die Waaren oder Gegenstände, welche Träger des Ansteckungsstoffs sein können, finden die erlassenen Einfuhrverbote alsdann keine Anwendung, wenn der Behörde des Bestimmungslandes nachgewiesen wird, dass sie mindestens 5 Tage vor Ausbruch der Epidemie zur Absendung gelangt sind. Es ist nicht statthaft, dass Waaren an den Landgrenzen in Quarantäne zurückbehalten werden. Der einfache Ausschluss derselben von der Einfuhr oder die Desinfection sind die einzigen zulässigen Massregeln.

2. Desinfection.

Reisegepäck. Der Desinfection sollen in allen Fällen unterworfen werden schmutzige Wäsche, alte und getragene Kleidungsstücke und sonstige Gegenstände, welche zum Gepäck eines Reisenden oder zum Mobiliar eines Umziehenden (Umzugsgut) gehören und die aus einem für verseucht erklärten örtlichen Bezirk stammen, sofern dieselben nach der Ansicht der lokalen Gesundheitsbehörde als mit Cholera-Entleerungen beschmutzt zu erachten sind.

Waaren. Die Desinfection darf nur bei solchen Waaren und Gegenständen angewendet werden, welche nach der Ansicht der lokalen Gesundheitsbehörde als mit Cholera-Enntleerungen beschmutzt zu erachten sind oder deren Einfuhr verboten werden kann.

Die Entscheidung darüber, in welcher Weise und wo die Desinfection stattzufinden hat, steht den Behörden des Bestimmungslandes zu. Die Desinfection muss so ausgeführt werden, dass sie die Gegenstände möglichst wenig beschädigt. Die Regelung der Frage, ob der aus einer Desinfection sich ergebende Schaden zu einem Ersatzanspruch berechtigen soll, wird jedem einzelnen Staat überlassen. Briefe und Korrespondenzen, Drucksachen, Bücher, Zeitungen, Geschäftspapiere u. s. w. (ausschliesslich der Postpackete) sollen weder einer Einfuhrbeschränkung noch auch einer Desinfection unterliegen.

Titel 5. Maassregeln an den Landgrenzen. Eisenbahndienst. Reisende.

Die für die Beförderung der Reisenden, der Post und des Reisegepäcks bestimmten Wagen dürfen an der Grenze nicht zurückgehalten werden. Wenn ein solcher Wagen mit Cholera-Entleerungen beschmutzt ist, so soll er an der Grenze oder an der nächsten Haltestelle, sobald dies möglich ist, zum Zweck der Desinfection vom Zuge abgehängt werden. Ebenso ist mit den Güterwagen zu verfahren.

Landquarantänen sollen in Zukunft nicht mehr errichtet werden. Nur die an Cholera oder unter choleraartigen Erscheinungen erkrankten Personen dürfen zurückgehalten werden.

Es ist von Wichtigkeit, dass die Reisenden in Bezug auf ihren Gesundheitszustand einer Ueberwachung durch das Eisenbahnpersonal unterzogen werden.

Das ärztliche Eingreifen soll sich auf eine Besichtigung der Reisenden und die

Fürsorge für die Kranken beschränken. Wenn eine ärztliche Besichtigung stattfindet, so soll dieselbe thunlichst mit der Zollrevision verbunden werden, damit die Reisenden möglichst wenig aufgehalten werden.

Es wäre von der grössten Wichtigkeit, die aus einem verseuchten Ort kommenden Reisenden nach ihrer Ankunft am Bestimmungsort einer fünftägigen, vom Tage der Abreise an zu rechnenden gesundheitspolizeilichen Ueberwachung zu unterwerfen. Die bezüglich des Grenzüberganges für das Personal der Eisenbahn und der Post zu treffenden Maassregeln sind Sache der betheiligten Verwaltungen und sollen so eingerichtet sein, dass sie den regelmässigen Dienst nicht stören. Die Regierungen behalten sich das Recht vor, für gewisse Kategorien von Personen, insbesondere

a) für Zigeuner und Vagabunden, sowie
b) für Auswanderer und solche Personen, welche in Trupps reisen oder die Grenze überschreiten,

besondere Maassnahmen zu treffen.

Titel 6. Besondere Bestimmungen für die Grenzbezirke.

Die Regelung des Grenzverkehrs und der damit zusammenhängenden Fragen, sowie die Anordnung besonderer Ueberwachungsmaassregeln in dieser Beziehung bleiben den besonderen Vereinbarungen zwischen den aneinander grenzenden Staaten überlassen.

Titel 7. Flussläufe, Flüsse, Kanäle und Seen.

Die gesundheitspolizeiliche Regelung für die Flussläufe bleibt den besonderen Vereinbarungen zwischen den Uferstaaten überlassen. Es werden in dieser Beziehung die im Jahre 1892 erlassenen deutschen Reglements empfohlen, deren Anwendung günstige Ergebnisse gehabt hat.

Titel 8. Seeverkehr. Maassnahmen in den Häfen.

Als verseucht gilt ein Schiff, welches entweder Cholera an Bord hat oder auf welchem während der letzten 7 Tage neue Cholerafälle vorgekommen sind.

Als verdächtig gilt ein Schiff, auf welchem zur Zeit der Abfahrt oder während der Reise Cholerafälle vorgekommen sind, auf dem aber während der letzten 7 Tage kein neuer Fall sich ereignet hat.

Als rein gilt ein Schiff, wenngleich es aus einem verseuchten Hafen kommt, in dem Falle, wenn es weder vor der Abfahrt noch während der Reise, noch auch bei der Ankunft einen Cholera-Todes- oder Krankheitsfall an Bord gehabt hat.

Verseuchte Schiffe unterliegen folgenden Bestimmungen:

1. Die Kranken werden sofort ausgeschifft und isolirt.
2. Die übrigen Personen müssen womöglich gleichfalls ausgeschifft und einer Beobachtung unterworfen werden, deren Dauer sich nach dem Gesundheitsstand des Schiffes und nach dem Zeitpunkt des letzten Krankheitsfalles richtet, die indessen den Zeitraum von 5 Tagen nicht überschreiten darf.
3. Die schmutzige Wäsche, die Bekleidungsgegenstände des täglichen Gebrauchs und sonstige Sachen der Schiffsmannschaft und der Reisenden sollen, sofern dieselben nach der Ansicht der Hafengesundheitsbehörde als mit Cholera-Entleerungen beschmutzt zu erachten sind, ebenso wie das Schiff oder auch nur der mit Cholera-Entleerungen beschmutzte Theil desselben desinficirt werden.

Verdächtige Schiffe sind nachstehenden Bestimmungen unterworfen:

1. Aerztliche Revision.
2. Desinfection: die schmutzige Wäsche, die Bekleidungsgegenstände des täglichen Gebrauchs und sonstige Sachen der Schiffsmannschaft und der Reisenden sollen, sofern dieselben nach der Ansicht der Hafengesund-

heitsbehörde als mit Cholera-Entleerungen beschmutzt zu erachten sind, desinficirt werden.

3. Auspumpen des Kielwassers nach erfolgter Desinfection und Ersatz des an Bord befindlichen Wasservorraths durch gutes Trinkwasser.

Es empfiehlt sich, die Mannschaft und die Reisenden in Bezug auf ihren Gesundheitszustand während eines Zeitraumes von 5 Tagen seit der Ankunft des Schiffes einer gesundheitspolizeilichen Ueberwachung zu unterziehen. Ebenso empfiehlt es sich, das Anlandgehen der Mannschaft zu verhindern, es sei denn, dass Gründe des Dienstes das Anlandgehen nothwendig machen.

Reine Schiffe sind sofort zum freien Verkehr zuzulassen, wie auch immer ihr Gesundheitspass lauten mag. Die einzigen Bestimmungen, welche die Behörde des Ankunftshafens ihnen gegenüber treffen darf, bestehen in den auf verdächtige Schiffe anwendbaren Maassregeln (ärztliche Revision, Desinfection, Auspumpen des Kielwassers und Ersatz des an Bord befindlichen Wasservorraths durch gutes Trinkwasser). Es empfiehlt sich, die Reisenden und die Schiffsmannschaft in Bezug auf ihren Gesundheitszustand bis zum Ablauf eines Zeitraums von 5 Tagen, dessen Beginn von dem Tage der Abfahrt des Schiffes aus dem verseuchten Hafen gerechnet wird, einer gesundheitspolizeilichen Ueberwachung zu unterwerfen. Ebenso empfiehlt es sich, das Anlandgehen der Mannschaft zu verhindern, es sei denn, dass Gründe des Dienstes das Anlandgehen nothwendig machen.

Die zuständige Behörde des Ankunftshafens ist unter allen Umständen berechtigt, eine Bescheinigung darüber zu verlangen, dass auf dem Schiff im Abgangshafen keine Cholerafälle vorgekommen sind. Die zuständige Hafenbehörde soll bei der Anwendung dieser Maassregeln den Umstand in Rechnung ziehen, ob sich an Bord der vorbezeichneten drei Kategorien von Schiffen ein Arzt und ein Desinfectionsapparat befindet.

Besondere Maassregeln können getroffen werden für mit Personen besonders stark besetzte Schiffe, namentlich für Auswandererschiffe, sowie für alle anderen Schiffe, welche ungünstige gesundheitliche Verhältnisse aufweisen. Die zur See ankommenden Waaren dürfen in Bezug auf Desinfection, Einfuhrverbote, Durchfuhrverbote und Quarantäne nicht anders behandelt werden, als die zu Lande beförderten Waaren (vergl. Tit. 4).

Jedem Schiff, welches sich den von der Hafenbehörde ihm auferlegten Maassregeln nicht unterwerfen will, soll es frei stehen, wieder in See zu gehen.

Das Schiff kann jedoch die Erlaubniss erhalten, seine Waaren zu löschen, nachdem die erforderlichen Vorsichtsmaassregeln getroffen worden sind, nämlich

1. Isolirung des Schiffes, der Mannschaft und der Reisenden;
2. Auspumpen des Kielwassers nach erfolgter Desinfection;
3. Ersatz des an Bord befindlichen Wasservorraths durch gutes Trinkwasser.

Auch kann dem Schiff gestattet werden, die Reisenden, welche dies wünschen, an Land zu setzen, unter der Bedingung, dass die betreffenden Reisenden sich den von der localen Behörde vorgeschriebenen Maassregeln unterwerfen.

Jedes Land muss wenigstens einen Hafen an der Küste jedes seiner Meere mit ausreichenden Einrichtungen und Anstalten versehen, um Schiffe ohne Rücksicht auf ihren Gesundheitszustand aufnehmen zu können. Die Küstenfahrzeuge unterliegen besonderen, zwischen den betheiligten Ländern zu vereinbarenden Bestimmungen.

Anlage II.

Maassregeln in Betreff der aus einem verseuchten Hafen kommenden und die Donau stromaufwärts fahrenden Schiffe.

So lange, bis die Stadt Sulina mit gutem Trinkwasser versehen sein wird, sollen die Fahrzeuge, welche stromaufwärts gehen wollen, einer strengen gesundheitspolizeilichen Behandlung unterworfen werden. Eine zu starke Besetzung der Schiffe mit Reisenden ist streng verboten.

I. In Sulina zu ergreifende Maassregeln:

Die Fahrzeuge, welche auf der Donau nach Rumänien hineinfahren wollen, müssen bis nach Beendigung der ärztlichen Revision und bis nach vollständiger Vornahme der Desinfectionsmaassregeln zurückgehalten werden.

Die in Sulina ankommenden Schiffe haben, bevor sie die Donau hinauffahren dürfen, sich einer oder mehreren strengeren ärztlichen Revisionen zu unterziehen, die am Tage vorgenommen werden. Jeden Morgen, zu einer bestimmten Zeit, hat sich der Arzt über den Gesundheitszustand des ganzen Schiffspersonals zu vergewissern, und er darf die Einfahrt nur dann gestatten, wenn er das gesammte Schiffspersonal für vollkommen gesund erachtet. Er hat dem Capitän oder dem Bootsführer einen Gesundheitspass, ein Patent oder ein Zeugniss auszuhändigen, welches bei jedem späteren Anlegen des Schiffs vorzuzeigen ist.

Die ärztliche Revision findet täglich statt.

Die Dauer des Aufenthalts in Sulina soll für nicht verseuchte Schiffe den Zeitraum von drei Tagen nicht übersteigen. Die Desinfection der mit Choleraentleerungen beschmutzten Wäschestücke ist sogleich nach der Ankunft vorzunehmen. Das an Bord etwa vorhandene Wasser von zweifelhafter Beschaffenheit ist durch gutes Trinkwasser zu ersetzen. Das Kielwasser wird desinficirt.

Die vorerwähnten Maassregeln sollen nur auf Herkünfte aus solchen Häfen angewendet werden, in denen sich ein Choleraherd gebildet hat.

Ein Schiff, welches aus einem nicht verseuchten Hafen — d. h. aus einem Hafen, in dem kein Choleraherd vorhanden ist — kommt, darf, falls es sich nicht den vorstehend bezeichneten Beschränkungen unterwerfen will, Reisende, die aus einem verseuchten Hafen kommen, nicht aufnehmen.

Er erscheint angezeigt, die sanitären Veranstaltungen in Sulina zu vervollkommnen, dieselben mit den, den jetzigen Anschauungen entsprechenden Vorrichtungen, namentlich auch für die Desinfection zu versehen und den dortigen Zustand so zu verbessern, dass Kranke von einem verseuchten Schiffe, sowie andere Reisende ans Land gesetzt und isolirt werden können.

II. Maassregeln an den Ufern des Flusses:

An den Ufern des Flusses sind Sanitätsstationen minderer Ordnung in der Weise einzurichten, dass etwa auf dem Schiffe befindliche Kranke dort ans Land geschafft werden können. Diese Stationen müssen mit gutem Trinkwasser und den nöthigen Desinfectionsmitteln versehen sein. In dieser Beziehung wird zwischen der russischen uud der rumänischen Regierung eine Verständigung stattzufinden haben.

Auf jeder Sanitätsstation sowie auf jedem bedeutenderen Haltepunkt wird ein Arzt stationirt. Auf jeder Station muss ein gehörig isolirter Raum bereit stehen.

Alle Fahrzeuge haben sich bei der Vorbeifahrt an diesen Stationen einer ärztlichen Revision zu unterwerfen. Wenn sich cholerakranke oder -verdächtige Personen an Bord befinden, so sind dieselben ans Land zu schaffen und zu isoliren. Die anderen Personen müssen gleichfalls ans Land geschafft und fünf Tage lang isolirt werden.

Die Cabinen, Schlafräume und anderen Räumlichkeiten, welche mit Choleraentleerungen in Berührung gekommen sind, sowie die Wäsche, die gebrauchten Kleidungsstücke und sonstigen Gegenstände, welche von Choleraentleerungen beschmutzt sind, werden desinficirt, ebenso der Kielraum; das Wasser von zweifelhafter Beschaffenheit an Bord wird durch gutes Trinkwasser ersetzt.

Auf den Fahrzeugen, welche keine kranken oder verdächtigen Personen an Bord haben, sind die Aborte und der Kielraum zu desinficiren, das an Bord befindliche Wasser, welches etwa verdorben sein könnte, ist durch gutes Trinkwasser zu ersetzen.

Nach Vornahme der ärztlichen Revision empfängt der Capitän oder Schiffsführer ein Zeugniss über die angewendeten Vorsichtsmaassregeln und die stattgehabte Desinfection: dieses Zeugniss soll im Uebrigen auch die Zahl der Reisenden und Schiffsbesatzung enthalten. Dasselbe ist auf den verschiedenen Stationen vorzuzeigen, wenn das Fahrzeug in einen neuen Bezirk kommt, so ist es einer neuen ärztlichen Revision zu unterziehen. Der Kielraum wird von Neuem desinficirt, wenn das Kielwasser nicht mehr in unzweifelhafter Weise Sublimat oder Kalk mit alkalischer Reaction enthält.

d) Gesundheitspolizeiliche Controle der einen deutschen Hafen anlaufenden Seeschiffe.

Die in Anlage I. der vorstehenden Uebereinkunft, Titel 8 vorgesehenen Bestimmungen über die gesundheitspolizeiliche Controle der Seeschiffe sind für Deutschland einheitlich geregelt durch Verordnungen, welche auf nachstehenden seitens des Reichskanzlers durch die Rundschreiben vom 2. April 1895 und vom 1. Februar 1897 in Anregung gebrachten Vorschrifren beruhen:

## „Vorschriften, betreffend die gesundheitspolizeiliche Controle der einen deutschen Hafen anlaufenden Seeschiffe.

§ 1. Jedes einen deutschen Hafen anlaufende Seeschiff unterliegt der gesundheitspolizeilichen Controle

1. wenn es im Abgangshafen oder während der Reise Fälle von Cholera, Gelbfieber oder Pest an Bord gehabt hat,

2. wenn es aus einem Hafen kommt, gegen dessen Herkünfte die Ausübung der Controle angeordnet worden ist.

§ 2. Die in dem § 1 vorgesehene gesundheitspolizeiliche Controle findet, soweit es sich um Gelbfieber handelt, nur innerhalb der Zeit vom 15. Mai bis 15. September statt.

§ 3. Jedes der gesundheitspolizeilichen Controle unterliegende Schiff (§ 1) muss beim Einlaufen in das zum Hafen führende Fahrwasser, jedenfalls aber, sobald es sich dem Hafen auf Sehweite nähert, eine gelbe Flagge am Fockmast hissen. Es darf, unbeschadet der Annahme eines Lootsen oder eines Schleppdampfers, weder mit dem Lande noch mit einem anderen Schiffe, abgesehen vom Zollschiffe, in Verkehr treten, auch die vorbezeichnete Flagge nicht einziehen, bevor es durch Verfügung der Hafenbehörde zu freiem Verkehr zugelassen ist. Der gleichen Verkehrsbeschränkung unterliegen neben der Mannschaft sämmtliche an Bord befindlichen Reisenden. Privatpersonen ist der Verkehr mit einem Schiffe, welches die gelbe Flagge führt, untersagt. Wer dieses Verbot übertritt, wird als zu dem controlpflichtigen Schiffe gehörend behandelt.

§ 4. Der Lootse und die Hafenbehörde haben beim Einlaufen eines Schiffes in den Hafen durch Befragung des Schiffers oder seines Vertreters festzustellen, ob der § 1 auf das Schiff Anwendung findet, und auf die Befolgung der Vorschriften des § 3 zu achten.

§ 5. In den Fällen des § 1 wird dem Schiffer oder dessen Vertreter durch den Lootsen oder einen Beauftragten der Hafenbehörde ein nach Maassgabe der Anlage aufgestellter Fragebogen behändigt. Auf demselben haben der Schiffer, der Steuermann und, falls ein Arzt die Reise als Schiffsarzt mitgemacht hat, bezüglich der

unter No. 10, 11, 12 aufgestellten Fragen, auch der Schiffsarzt die verlangte Auskunft alsbald wahrheitsgemäss und so, dass sie von ihnen demnächst eidlich bestärkt werden kann, zu ertheilen. Der ausgefüllte Fragebogen ist von den genannten Personen zu unterschreiben und nebst den sonstigen zur Beurtheilung der Gesundheitsverhältnisse des Schiffes geeigneten Papieren zur Verfügung der Hafenbehörde zu halten.

§ 6. Jedes der gesundheitspolizeilichen Controle unterliegende Schiff (§ 1) nebst Insassen wird — nach Erfüllung der in den §§ 3 und 5 vorgesehenen Vorschriften — sobald wie möglich nach der Ankunft, jedoch nicht während der Nachtzeit, durch einen beamteten Arzt untersucht. Von dem Ergebniss dieser ärztlichen Untersuchung hängt in jedem Falle die weitere Behandlung des Schiffes ab.

§ 7. Hat ein Schiff Cholera an Bord oder sind auf einem Schiffe innerhalb der letzten sieben Tage vor seiner Ankunft Cholerafälle vorgekommen, so gilt dasselbe als verseucht und unterliegt folgenden Bestimmungen:

1. Die an Bord befindlichen Kranken werden ausgeschifft und in einen zur Aufnahme und Behandlung geeigneten abgesonderten Raum gebracht, wobei eine Trennung derjenigen Personen, bei welchen die Cholera festgestellt worden ist, und der nur verdächtigen Kranken stattzufinden hat. Sie verbleiben dort bis zur Genesung oder bis zur Beseitigung des Verdachts.

2. An Bord befindliche Leichen sind unter den erforderlichen Vorsichtsmassregeln alsbald zu bestatten.

3. Die übrigen Personen (Reisende und Mannschaft) werden in Bezug auf ihren Gesundheitszustand weiterhin einer Beobachtung unterworfen, deren Dauer sich nach dem Gesundheitsstand des Schiffes und nach dem Zeitpunkt des letzten Erkrankungsfalles richtet, keinenfalls aber den Zeitraum von 5 Tagen überschreiten darf. Zum Zwecke der Beobachtung sind sie entweder am Verlassen des Schiffes zu verhindern, oder, soweit nach dem Ermessen der Hafenbehörde ihre Ausschiffung thunlich und erforderlich ist, an Land in einem abgesonderten Raum unterzubringen. Letzteres gilt insbesondere dann, wenn die Mannschaft zum Zwecke der Abmusterung das Schiff verlässt. Reisende, welche nachweislich mit Cholerakranken nicht in Berührung gekommen sind, können aus der Beobachtung entlassen werden, sobald durch den beamteten Arzt festgestellt ist, dass Krankheitserscheinungen, welche den Ausbruch der Cholera befürchten lassen, bei ihnen nicht vorliegen. Jedoch hat in solchen Fällen die Hafenbehörde unverzüglich der für das nächste Reiseziel zuständigen Polizeibehörde Mittheilung über die bevorstehende Ankunft der Reisenden zu machen, damit letztere dort einer gesundheitspolizeilichen Ueberwachung unterworfen werden hönnen. Findet die Beobachtung der Schiffsmannschaft an Bord statt, so ist das Anlandgehen derselben während der Beobachtungszeit nur insoweit zu gestatten, als Gründe des Schiffsdienstes es erforderlich machen.

4. Alle nach dem Ermessen des beamteten Arztes als mit Choleraentleerungen beschmutzt zu erachtenden Wäschestücke, Bekleidungsgegenstände des täglichen Gebrauchs und sonstigen Sachen der Schiffsmannschaft und der Reisenden sind zu desinficiren. Das Gleiche gilt bezüglich derjenigen Schiffsräumlichkeiten und Theile, die als mit Choleraentleerungen beschmutzt anzusehen sind.

5. Bilgewasser, von dem nach Lage der Verhältnisse angenommen werden muss, dass es Cholerakeime enthält, ist zu desinficiren und demnächst, wenn thunlich, auszupumpen.

6. Der in einem verseuchten oder verdächtigen Hafen eingenommene Wasserballast ist, sofern er im Bestimmungshafen ausgepumpt werden soll, zuvor zu desinficiren;

lässt sich eine Desinfection nicht ausführen, so hat das Auspumpen des Wasserballastes auf hoher See zu geschehen.

7. Das an Bord befindliche Trinkwasser ist, sofern es nicht völlig unverdächtig erscheint, nach erfolgter Desinfection auszupumpen und durch gutes Trinkwasser zu ersetzen. In allen Fällen ist darauf zu achten, dass Choleraentleerungen und verdächtiges Wasser aus dem Schiffe nicht undesinffcirt in das Hafenwasser gelangen.

§ 8. Sind auf einem Schiffe Cholerafälle vorgekommen, jedoch nicht innerhalb der letzten sieben Tage vor der Ankunft, so gilt es als verdächtig. Nach erfolgter ärztlicher Untersuchung (§ 6) ist die Mannschaft, sofern der beamtete Arzt dies für nothwendig erachtet, hinsichtlich ihres Gesundheitszustandes einer Ueberwachung, jedoch nicht länger als fünf Tage von der Stunde der Ankunft des Schiffes an gerechnet, zu unterwerfen. Das Anlandgehen der Mannschaft des kann während der Ueberwachungszeit verhindert werden, soweit es nicht zum Zwecke der Abmusterung geschieht oder Gründe des Schiffsdienstes entgegenstehen. Den Reisenden ist die Fortsetzung ihrer Reise zu gestatten, jedoch hat, wenn der beamtete Arzt ihre fernere Ueberwachung für nothwendig erachtet, die Hafenbehörde unverzüglich der für das nächste Reiseziel zuständigen Polizeibehörde Mittheilung über ihre bevorstehende Ankunft zu machen, damit sie dort der gesundheitspolizeilichen Ueberwachung unterworfen werden können. Begründet das Ergebniss der ärztlichen Untersuchung den Verdacht, dass Insassen des Schiffes den Krankheitsstoff der Cholera in sich aufgenommen haben, so können diese auf Anordnung des beamteten Arztes wie die Personen eines verseuchten Schiffes (§ 7 No. 1 und 3) behandelt werden. Im Uebrigen gelten die Vorschriften des § 7 No. 4 bis 7.

§ 9. Hat ein Schiff weder vor der Abfahrt noch während der Reise, noch auch bei der Ankunft einen Cholera-, Todes- oder Krankheitsfall an Bord gehabt, so gilt dasselbe, auch wenn es aus einem Hafen kommt, gegen dessen Herkünfte die Ausübung der Controle angeordnet worden ist, als rein und ist, sofern die ärztliche Untersuchung (§ 6) befriedigend ausfällt, sofort zum freien Verkehr zuzulassen, nachdem erforderlichenfalls die im § 7 unter 5 bis 7 gedachten Massnahmen ausgeführt worden sind. Begründet das Ergebniss der ärztlichen Untersuchung den Verdacht, dass Insassen des Schiffs den Krankheitsstoff der Cholera in sich aufgenommen haben, oder hat die Reise des Schiffes weniger als 5 Tage gedauert, so können die Reisenden und die Mannschaft auf Anordnung des beamteten Arztes nach Massgabe der Bestimmungen des § 8 weiterhin einer gesundheitspolizeilichen Ueberwachung bis zur Dauer von 5 Tagen, von dem Tage der Abfahrt des Schiffes an gerechnet, unterworfen werden.

§ 10. Gegenüber sehr stark besetzten Schiffen, namentlich gegenüber solchen, die Auswanderer oder Rückwanderer befördern, sowie gegenüber Schiffen, die besonders ungünstige gesundheitliche Verhälnisse aufweisen, können weitere, über die Grenzen der §§ 7 bis 9 hinausgehende Massregeln von der Hafenbehörde getroffen werden.

§ 11. Die Ein- und Durchfuhr von Waaren und Gebrauchsgegenständen aus den in §§ 7 bis 9 bezeichneten Schiffen unterliegt nur insoweit einer Beschränkung, als seitens der zuständigen Reichs- oder Landesbehörden in Bezug auf Leibwäsche, alte und getragene Kleidungsstücke, gebrauchtes Bettzeug, sowie Hadern und Lumpen besondere Bestimmungen getroffen werden. Jedoch sind Gegenstände, die nach der Ansicht des beamteten Arztes als mit Choleraentleerungen beschmutzt zu erachten sind, vor der Ein- oder Durchfuhr zu desinficiren.

§ 12. Will ein Schiff in den Fällen der §§ 7 bis 9 sich den ihm auferlegten Massregeln nicht unterwerfen, so steht ihm frei, wieder in See zu gehen. Es kann jedoch die Erlaubniss erhalten, unter Anwendung der erforderlichen Vorsichtsmassregeln (Isolirung des Schiffs, der Mannschaft und der Reisenden, Verhinderung des

Auspumpens des Kielwassers vor erfolgter Desinfection, Ersatz des an Bord befindlichen Wasservorraths durch gutes Trinkwasser und dergleichen) seine Waaren zu löschen und die an Bord befindlichen Reisenden, sofern sich diese den von der Hafenbehörde getroffenen Anordnungen fügen, an Land zu setzen.

§ 13. Hat ein Schiff während der Fahrt Fälle von Gelbfieber an Bord gehabt, so sind nach erfolgter ärztlicher Untersuchung (§ 6) die etwa noch an Bord befindlichen Gelbfieberkranken auf dem Schiffe oder in einem geeigneten Unterkunftsraume am Lande abzusondern. Die unmittelbar mit Gelbfieberkranken in Berührung gekommenen oder krankheitsverdächtigen Personen können, falls nach Ablauf der letzten Gelbfiebererkrankung noch nicht sieben Tage verflossen sind, einer Beobachtung mit oder ohne Aufenthaltsbeschränkung bis zur Dauer von fünf Tagen unterworfen werden. Die von Gelbfieberkranken benutzten Gegenstände und diejenigen Schiffsräumlichkeiten, in denen sich solche Kranke befunden haben, sind zu desinficiren. An Bord befindliche Leichen müssen unter den erforderlichen Vorsichtsmassregeln alsbald bestattet werden.

Schiffe, die aus einem von Gelbfieber verseuchten Hafen kommen, Fälle von Gelbfieber aber nicht an Bord gehabt haben, sind nach der ärztlichen Untersuchung (§ 6) ohne Weiteres zum freien Verkehr zuzulassen.

§ 14a. Hat ein Schiff Pest an Bord oder sind auf einem Schiffe während der Fahrt Pestfälle vorgekommen, so ist nach erfolgter ärztlicher Untersuchung (§ 6) der obersten Landesmedicinalbehörde und dem Kaiserlichen Gesundheitsamt telegraphisch Anzeige zu erstatten.

§ 14b. Hat ein Schiff Pest an Bord oder sind auf einem Schiffe vor der Abfahrt oder während der Fahrt Pestfälle vorkommen, so gilt es als „verseucht“ und unterliegt folgenden Bestimmungen:

1. Die an Bord befindlichen Kranken werden ausgeschifft und in einen zur Aufnahme und Behandlung geeigneten abgesonderten Raum gebracht, wobei eine Trennung derjenigen Personen, bei denen die Pest festgestellt worden ist, und der nur verdächtigen Kranken stattzufinden hat. Sie verbleiben dort bis zur Genesung oder bis zur Beseitigung des Verdachts.

2. An Bord befindliche Leichen sind unter den erforderlichen Vorsichtsmassregeln alsbald zu bestatten.

3. Die übrigen Personen (Reisende und Mannschaft) werden in Bezug auf ihren Gesundheitszustand weiterhin einer Beobachtung unterworfen, deren Dauer sich nach dem Gesundheitszustand des Schiffs und nach dem Zeitpunkte des letzten Erkrankungsfalles richtet, keinesfalls aber den Zeitraum von 11 Tagen überschreiten darf. Zum Zwecke der Beobachtung sind sie entweder am Verlassen des Schiffes zu verhindern, oder soweit nach dem Ermessen der Hafenbehörde ihre Ausschiffung thunlich und erforderlich ist, an Land in einem abgesonderten Raum unterzubringen. Letzteres gilt insbesondere dann, wenn die Mannschaft zum Zweck der Abmusterung das Schiff verlässt. Findet die Beobachtung der Schiffsmannschaft an Bord statt, so ist das Anlandgehen derselben während der Beobachtungszeit nur insoweit zu gestatten, als Gründe des Schiffsdienstes es unerlässlich machen.

4. Alle Wohnräume und Gegenstände des täglichen Gebrauchs an Bord einschliesslich der Kleider und des Gepäcks der Reisenden und der Mannschaft sind zu desinficiren. Weitere Desinfectionen können auf Grund des § 14c angeordnet werden. Kehricht ist zu verbrennen. Gegenstände, deren Einfuhr verboten ist, dürfen nicht ausgeschifft werden. Mit allem Nachdruck ist dahin zu wirken, dass eine Verschleppung der Seuche durch an Bord befindliche Ratten und Mäuse verhindert wird.

5. Das Bilgewasser ist zu desinficiren und darf keinesfalls vor der Desinfection ausgepumpt werden.

6. Wasserballast aus einem Hafen, gegen dessen Herkünfte die gesundheitspolizeiliche Controle wegen der Pestgefahr angeordnet worden ist, muss desinficirt werden; lässt sich eine Desinfection nicht ausführen, so hat das Auspumpen des Wasserballastes auf hoher See zu geschehen. Das an Bord befindliche Trink- und Gebrauchswasser ist nach erfolgter Desinfection auszupumpen und durch unverdächtiges Wasser zu ersetzen. In allen Fällen ist darauf zu achten, dass Absonderungen und Entleerungen von Pestkranken, verdächtiges Wasser und Abfälle irgend welcher Art nicht undesinficirt in das Hafenwasser gelangen.

§ 14c. Hat ein Schiff weder vor der Abfahrt noch während der Reise noch auch bei der Ankunft einen Pest-Todes- oder -Krankheitsfall an Bord gehabt, so gilt dasselbe, auch wenn es aus einem Hafen kommt, gegen dessen Herkünfte die Ausübung der Controle angeordnet worden ist, als „rein“ und ist, sofern die ärztliche Untersuchung (§ 6) befriedigend ausfällt, sofort zum freien Verkehr zuzulassen, nachdem das Gepäck der Reisenden und der Mannschaft, welche in einem solchen Hafen an Bord genommen, desinficirt worden ist und die bei § 14b unter 5 bis 7 gedachten Massnahmen ausgeführt worden sind.

Begründet das Ergebniss der ärztlichen Untersuchung den Verdacht, dass Insassen des Schiffes den Krankheitsstoff der Pest in sich aufgenommen haben, oder hat die Reise des Schiffes seit Verlassen eines Hafens der oben bezeichneten Art weniger als 11 Tage gedauert, so sind die Reisenden und die Mannschaft weiterhin einer gesundheitspolizeilichen Ueberwachung, bis zur Dauer von 11 Tagen, von dem Tage der Abfahrt des Schiffes an gerechnet, zu unterwerfen. Das Anlandgehen der Mannschaft kann während der Ueberwachungszeit verhindert werden, soweit es nicht zum Zwecke der Abmusterung geschieht, oder Gründe des Schiffsdienstes entgegenstehen. Den Reisenden ist die Fortsetzung ihrer Reise zu gestatten, jedoch hat die Hafenbehörde unverzüglich der für das nächste Reiseziel zuständigen Polizeibehörde Mittheilung über ihre bevorstehende Ankunft zu machen, damit sie dort der gesundheitspolizeilichen Ueberwachung unterworfen werden können.

§ 14d. Gegenüber sehr stark besetzten Schiffen, namentlich gegenüber solchen, die Auswanderer oder Rückwanderer befördern, sowie gegenüber Schiffen, die besonders ungünstige gesungheitliche Verhältnisse aufweisen, können weitere, über die Grenzen der §§ 14b und 14c hinausgehende Massregeln von der Hafenbehörde getroffen werden.

§ 14e. Die Ein- und Durchfuhr von Waaren und Gebrauchsgegenständen aus den in den §§ 14a bis 14d bezeichneten Schiffen unterliegt nur insoweit einer Beschränkung, als seitens der zuständigen Reichs- und Landesbehörden besondere Bestimmungen getroffen werden. Jedoch sind Gegenstände, die nach Ansicht des beamteten Arztes als mit dem Ansteckungsstoff der Pest behaftet zu erachten sind, vor der Ein- oder Durchfuhr zu desinficiren.

§ 14f. Will ein Schiff in den Fällen der §§ 14a bis d sich den ihm auferlegten Massregeln nicht unterwerfen, so steht ihm frei, wieder in See zu gehen. Es kann jedoch die Erlaubniss erhalten, unter Anwendung der erforderlichen Vorsichtsmassregeln (Isolirung des Schiffes, der Mannschaft und der Reisenden, Verhinderung des Auspumpens des Kielwassers vor erfolgter Desinfection, Ersatz des an Bord befindlichen Wasservorrathes durch gutes Trinkwasser und dergleichen) seine Waaren zu löschen und die an Bord befindlichen Reisenden, sofern sich diese den von der Hafenbehörde getroffenen Anordnungen fügen, an Land zu setzen.

§ 15. Läuft ein Schiff, nachdem es in einem deutschen Hafen der gesundheitspolizeilichen Controle (§§ 6 bis 9, 13, 14) unterworfen und zum freien Verkehr zugelassen worden ist, demnächst einen weiteren inländischen Hafen an, so unterliegt es

in diesem einer abermaligen Controle nicht, es sei denn, dass seit der Ausfahrt aus dem zuletzt angelaufenen Hafen Fälle von Cholera, Gelbfieber oder Pest an Bord sich ereignet haben, oder dass gegen Herkünfte aus diesem Hafen eine gesundheitspolizeiliche Controle gemäss § 1 No. 2 angeordnet ist.

§ 16. Auf das Lootsen-, Zoll- und Sanitätspersonal, das mit den der gesundheitspolizeilichen Controle unterliegenden Schiffen in Verkehr zu treten hat, finden die in vorstehenden Bestimmungen angeordneten Verkehrsbeschränkungen und Desinfectionsmassnahmen keine Anwendung. Die für dieses Personal erforderlichen Vorsichtsmassregeln werden von der vorgesetzten Behörde bestimmt.

§ 17. Die Entscheidung darüber, wo die in den §§ 7 bis 14 erwähnten Massregeln auszuführen sind, trifft die Hafenbehörde.

§ 18. Sind nach dem Ergebniss der ärztlichen Untersuchung (§ 6) auf Grund der Bestimmungen in §§ 7 bis 14 Massregeln zu ergreifen, für deren Ausführung es in dem Ankunftshafen an den nöthigen Einrichtungen gebricht, so ist das Schiff an einen anderen mit den erforderlichen Einrichtungen versehenen Hafen zu verweisen.

§ 19. Strandet ein der gesundheitspolizeilichen Controle unterliegendes Schiff (§ 1) an der deutschen Küste, so haben die Strandbehörden die erforderlichen Massnahmen im Sinne dieser Verordnung zu treffen. Läuft ein solches Schiff einen deutschen Hafen als Nothhafen an, so kann es daselbst, um die erforderliche Hülfe zu erhalten, für die Dauer des Nothfalls nach Hissung der gelben Flagge (§ 3) unter Bewachung und unter Beachtung der von der Hafenbehörde angeordneten Schutzmassregeln liegen bleiben.

§ 20. Auf die Schiffe der Kaiserlichen Marine finden die Vorschriften dieser Verordnung nicht Anwendung.

Anlage.

Fragebogen.

Die nachstehenden Fragen sind von dem Schiffer und dem Steuermann alsbald nach Empfang des Fragebogens schriftlich der Wahrheit gemäss vollständig zu beantworten. Die Richtigkeit der Antworten ist durch eigenhändige Namensunterschrift zu versichern und auf Erfordern eidlich zu bestärken. Der ausgefüllte Fragebogen ist nebst der Musterrolle, dem Verzeichniss der Reisenden und denjenigen Papieren, aus denen hervorgeht, an welchen Tagen das Schiff den Abgangshafen verlassen oder die unterwegs berührten Plätze angelaufen und wieder verlassen hat, zur Verfügung der Behörden zu halten.

1. Wie heisst das Schiff?
2. Wie heisst der Schiffer (Kapitän)?
3. Unter welcher Flagge fährt das Schiff?
4. Wo hat das Schiff seine Ladung eingenommen? Woraus besteht die Ladung? Enthält sie insbesondere Leibwäsche, alte und getragene Kleidungsstücke, gebrauchtes Bettzeug, Teppiche*), Menschenhaare*), Hadern, Lumpen, ungegerbte Häute*) und Felle*), unbearbeitete Haare*) und Borsten*), Wolle*), Klauen*), Hufe*)? (Hinsichtlich der mit *) bezeichneten Waaren braucht eine Beantwortung nur dann zu erfolgen, wenn die gesundheitspolizeiliche Controle wegen Pestgefahr stattfindet.)
5. Wann hat das Schiff den Abgangshafen erreicht? Wann hat es denselben verlassen?
6. Welche Plätze hat das Schiff auf seiner Reise berührt? an welchen Tagen? (Bezüglich eines jeden einzelnen Platzes zu beantworten.)
7. Nach welchem Platze ist das Schiff bestimmt?
8. Wie gross ist die Zahl der Mannschaft, der Reisenden an Bord?

9. Hat das Schiff unterwegs Personen aufgenommen? Wo? Wie viele?

10. Befindet sich an Bord Jemand krank? An welcher Krankheit? Seit wann?

11. Ist während der Reise an Bord Jemand krank gewesen? An welcher Krankheit? Wann und wie lange?

12. Ist Jemand von der Mannschaft oder den Reisenden während der Reise gestorben? An welcher Krankheit? Wann? Befinden sich Leichen an Bord?

13. Befinden sich die Betten und die Kleidungsstücke, welche die verstorbenen oder erkrankt gewesenen Personen an Bord benutzt haben, noch auf dem Schiffe?

14. Führt das Schiff Wasserballast? Wo hat es denselben eingenommen?

15. Woher stammt das an Bord befindliche Trinkwasser? Die Richtigkeit und Vollständigkeit vorstehender Antworten versichern wir hierdurch und erklären uns zu ihrer eidlichen Bestärkung bereit.

. . ., den . . 19 . . Der Schiffer . . . Der Steuermann . . .

Der vorstehenden Versicherung und Erklärung trete ich bezüglich der auf die Fragen unter No. 10, 11, 12 ertheilten Antworten hiermit bei. . . ., den . . . 19 . . . . . Schiffsarzt.

## Desinfectionsanweisung für Seeschiffe, welche der gesundheitspolizeilichen Controle beim Anlaufen eines deutschen Hafens unterliegen.

### I. Allgemeines.

A. Cholera und Gelbfieber.

§ 1. Bei Cholera und Gelbfieber unterliegen der Desinfection an Bord in erster Linie diejenigen Gegenstände und Oertlichkeiten, welche von Kranken verunreinigt oder benutzt worden sind. Insbesondere kommen in Betracht: Wäsche und Kleidung, Bettzeug, Essgeschirr, Closet, Nachtgeschirr, Spucknapf, Lagerstätte und Wohnraum des Kranken, die durch Entleerungen desselben an Deck oder in den Schiffsräumlichkeiten beschmutzten Stellen; ferner Wischtücher, Schrubber, Besen u. s. w., welche bei der Krankenwartung und Reinigung verwendet sind, endlich die Kleider der um den Kranken beschäftigten Personen.

§ 2. Ob die Desinfection sich noch auf andere, als der im § 1 aufgeführten Sachen und Räumlichkeiten zu erstrecken hat, muss von Fall zu Fall beurtheilt werden und hängt von der Ausdehnung, welche die Krankheit an Bord genommen hat und von der Art der Verbreitung des Ansteckungsstoffes ab. Bei vereinzelten Cholera- und Gelbfieberfällen auf Schiffen, welche nicht dem Massentransport von Personen dienen, kann man sich in der Regel auf die im § 1 aufgeführten Sachen und Räumlichkeiten beschränken. Falls auf stark besetzten Schiffen, namentlich Auswandererschiffen, die Cholera oder das Gelbfieber unter den in gemeinschaftlichen Räumen untergebrachten Personen ausgebrochen ist, lässt sich die Verbreitung des Ansteckungsstoffes, namentlich wenn Seekrankheit geherrscht hat, nicht übersehen. Unter solchen Umständen sind nicht blos die Krankenräume und die nur von Kranken innegehabten Wohnräume, sondern die gesammten in Betracht kommenden Wohnräume zu desinficiren, ebenso nöthigen Falls nicht nur die Kleider der Kranken und der mit ihnen in Berührung gekommenen Personen, sondern auch die Wäsche und Kleider etc. sämmtlicher Mitreisenden derselben Abtheilung oder Klasse. Das verschlossene Reisegepäck, welches während der Reise nicht benutzt worden ist, wird dagegen nur in seltenen Fällen der Desinfection unterzogen werden müssen. Die Sachen und Effecten etc., Cabinen, Salons etc. der Reisenden I. und II. Cajüte sind in der Regel nur soweit zu desinficiren, als sie von Kranken oder deren Angehörigen benutzt worden sind.

§ 3. Die Aborte auf Schiffen sind meist so eingerichtet, dass die Ausleerungen unmittelbar ins Wasser gelangen. In allen Häfen, in denen das Hafenwasser irgendwie zu Reinigungs- und Haushaltungszwecken benutzt wird, ist es nöthig, diese Closets auf verseuchten oder verdächtigen Schiffen zu schliessen und besondere Eimerclosets an Bord zu verwenden, deren Inhalt täglich desinficirt werden muss.

§ 4. Das an Bord befindliche Trinkwasser ist auf Schiffen mit langer Reisedauer zu desinficiren, wenn es aus einem choleraverseuchten Hafen stammt und wenn die während der Reise vorgekommenen Krankheitsfälle mit Wahrscheinlichkeit auf den Genuss desselben zurückzuführen sind. Bei Schiffen mit kurzer Reisedauer muss, wenn auch keine Erkrankungsfälle an Bord vorgekommen sind, das aus einem choleraverseuchten Hafen stammende Trinkwasser desinficirt werden, sofern nicht etwa zuverlässige Nachrichten über die einwandsfreie Wasserentnahme vorliegen.

§ 5. Das Bilgewasser derjenigen Schiffe, auf welchen unter dem Heizer- und Maschinenpersonal oder unter den im Zwischendeck wohnenden Mannschaften und Reisenden Cholerafälle während der Reise, im Abgangs- oder Ankunftshafen vorgekommen sind, ist zu desinficiren, sofern angenommen werden muss, dass etwa in das Bilgewasser hineingelangte Krankheitskeime noch inficirend wirken könneu. Das Gleiche gilt von dem Bilgewasser hölzerner Schiffe, welche längere Zeit in einem choleraverseuchten Hafen gelegen haben und nach kürzerer als vierzehntägiger Reise ankommen, auch wenn keine Krankheitsfälle an Bord vorgekommen sind.

Maschinenbilgewasser von eisernen Schiffen, welche aus choleraverseuchten Häfen nach kürzerer als fünftägiger Reisedauer ankommen, ist regelmässig zu desinficiren, auch wenn keine Krankheitsfälle vorgekommen sind. Die Desinfection der Bilge unter den Laderäumen von eisernen Schiffen kann auf reinen Schiffen ln der Regel unterbleiben. Soll sie aber erfolgen, so empfiehlt sich, auch bei Schiffen mit kürzerer als fünftägiger Reisedauer damit so lange zu warten, bis das Schiff leer ist und die Bilgeräume bequem zugänglich geworden sind, damit die Desinfection dann recht gründlich vorgenommen werden kann.

§ 6. Das Ballastwasser, welches im Ankunftshafen entleert werden soll, ist vorher zu desinficiren, wenn es aus einem choleraverseuchten oder -verdächtigen Hafen stammt, einerlei ob Cholerafälle an Bord vorgekommen sind oder nicht.

§ 7. Hinsichtlich solcher Schiffe, auf denen Pestfälle vorgekommen sind oder die aus einem von der Pest verseuchten Hafen eintreffen, wird im einzelnen Falle von der obersten Landesmedicinalbehörde bestimmt, welche Gegenstände an Bord und welche Theile des Schiffes der Desinfection unterliegen.

## II. Desinfectionsmittel.

§ 8. Als Desinfectionsmittel sind zu verwenden:

a) Lösung von Carbolsäure.

Zur Verwendung kommt die sogenannte „100 proc. Carbolsäure“ des Handels, welche sich im Seifenwasser vollständig löst. Man bereitet sich die unter b beschriebene Lösung von Kaliseife. In 20 Theile dieser noch heissen Lösung wird 1 Theil Carbolsäure unter fortwährendem Umrühren gegossen. Die Lösung ist lange Zeit haltbar und wirkt schneller desinficirend als einfache Lösung von Kaliseife. Soll reine Carbolsäure (einmal oder wiederholt destillirte) verwendet werden, welche erheblich theurer, aber nicht wirksamer ist, als die sogenannte „100proc. Carbolsäure“, so ist zur Lösung das Seifenwasser nicht nöthig; es genügt dann einfaches Wasser.

b) Lösung von Kaliseife.

3 Theile Kaliseife (sog. Schmierseife oder grüne Seife oder schwarze Seife) werden in 100 Theilen heissem Wasser gelöst (z. B. $1/2$ kg Seife in 17 Liter Wasser).

c) Kalk und zwar:

1. Kalkmilch. Zur Herstellung derselben wird 1 Theil zerkleinerter reiner gebrannter Kalk, sogenannter Fettkalk, mit 4 Theilen Wasser gemischt, und zwar in folgender Weise: Es wird von dem Wasser etwa $^3/_4$ in das zum Mischen bestimmte Gefäss gegossen und dann der Kalk hineingelegt. Nachdem der Kalk das Wasser aufgesogen hat und dabei zu Pulver zerfallen ist, wird er mit dem übrigen Wasser zu Kalkmilch verrührt.

2. Kalkbrühe, welche durch Verdünnung von 1 Theil Kalkmilch mit 9 Theilen Wasser frisch bereitet wird.

d) Chlorkalk. Der Chlorkalk hat nur dann eine ausreichende desinficirende Wirkung, wenn er frisch bereitet und in wohlverschlossenen Gefässen aufbewahrt ist; er muss stark nach Chlor riechen.

e) behandelt Dampfapparate (siehe die Vorschriften auf S. 1035).

f) handelt von der Desinfection durch Siedehitze (siehe die Vorschriften auf S. 1035).

III. Anwendung der Desinfectionsmittel im Einzelnen.

§§ 9—12 siehe „Desinfectionsanweisung bei Pest, II 1—5 SS. 1035, 1036.

§ 13. Zur Desinfection von inficirten Schiffsräumlichkeiten, insbesondere des Logis der Mannschaft, der Kajüte, des Zwischendecks für Reisende nebst den in denselben befindlichen Lagerstellen, Geräthschaften und dergleichen ist Karbolsäurelösung (§ 8a) anzuwenden. Die Decke, die Wände und der Fussboden der bezeichneten Räumlichkeiten, sowie inficirte Lagerstellen, Geräthschaften und dergl. sind zunächst mit Lappen, welche mit Karbolsäurelösung getränkt sind, gründlich abzuwaschen. Hierauf sind die Räumlichkeiten und Geräthschaften mit einer reichlichen Menge Wasser zu spülen und im Anschluss daran die Räumlichkeiten einer möglichst gründlichen Lüftung zu unterwerfen. Der Krankenraum, insbesondere die durch Ausleerungen verunreinigten Theile desselben, die von Kranken benutzten Geräthschaften und dergleichen sind bei dieser Desinfection ganz besonders zu berücksichtigen. Räumlichkeiten, in welchen durch den nach der Desinfection mit Karbolsäure noch längere Zeit haftenden Karbolgeruch erhebliche Unannehmlichkeiten entstehen würden (Proviantträume, Kajüten, Salons u. s. w.) sind in folgender Weise zu desinficiren:

1. Die nicht mit Oelfarbe gestrichenen Flächen der Wände und Fussböden werden mit der nach § 8c 1 bereiteten Kalkmilch angetüncht; dieser Anstrich muss nach 3 Stunden wiederholt werden. Nach dem Trocknen des letzten Anstrichs kann Alles wieder feucht abgescheuert werden.

2. Die mit Oelfarbe gestrichenen Flächen der Wände und Fussböden werden 2—3mal mit heisser Seifenlösung (§ 8b) abgewaschen und später frisch gestrichen.

3. Wände und Fussböden, welche mit polirten Hölzern, Tapeten, Bildern oder Spiegeln bekleidet sind, werden mit frischem Brot in langen Zügen kräftig abgerieben.

§ 14. Holz- und Metalltheile von Möbeln, sowie ähnliche Gegenstände werden sorgfaltig und wiederholt mit Lappen abgerieben, die mit Karbolsäure- oder Kaliseifenlösung (§ 8a u. b) befeuchtet sind. Die gebrauchten Lappen sind zu verbrennen.

In derselben Weise sind Gegenstände aus Leder zu desinficiren. Bei Ledertapeten kann auch das im § 13 unter No. 3 angegebene Verfahren angewendet werden.

Pelzwerk wird auf der Haarseite bis auf die Haarwurzel mit einer der unter § 8a u. b bezeichneten Lösungen durchweicht. Nach 12stündiger Einwirkung der-

selben darf es ausgewaschen und weiter gereinigt werden. Pelzbesätze an Kleidungsstücken von Tuch werden zuvor abgetrennt.

Plüsch- und ähnliche Möbelbezüge werden entweder abgetrennt und nach § 10 oder § 11 desinficirt oder mit Karbolsäurelösung (§ 8a) eingesprengt, feucht gebürstet und mehrere Tage hintereinander an Deck ausgetrocknet, gelüftet und dem Sonnenlicht ausgesetzt.

Gegenstände von geringem Werth (Inhalt von Strohsäcken und dergl.) sind zu verbrennen. Ueber Bord dürfen undesinficirte Gegenstände nur in See geworfen werden.

§ 15. Die Aborte werden in folgender Weise desinficirt: Etwaiger Inhalt der Klosets ist mit Kalkmilch gründlich zu vermischen und kann nach 1 Stunde, während welcher Zeit der Abort nicht benutzt werden darf, abgelassen werden. Das Aufnahmebecken, sowie das Abflussrohr werden demnächst mit Kalkmilch angestrichen. Die Wände des Klosetraums, Sitzbrett, Fussboden werden mit Karbolsäurelösung gründlich abgewaschen und nach einer Stunde mit Wasser abgespült. Zur Desinfection des Closetinhalts kann auch Chlorkalk (§ 8d) benutzt werden, indem man Chlorkalkpulver in der Menge von etwa 2 pCt. der ganzen Mischung nebst soviel Wasser zufügt, dass der Chlorkalk sich löst und das Ganze gleichmässig durch Umrühren vertheilt werden kann. So behandelter Closetinhalt kann bereitsnach 20 Minuten entleert werden.

§ 16. Soll sich die Desinfection auch auf Personen erstrecken, so ist dafür Sorge zu tragen, dass dieselben ihren ganzen Körper mit grüner Seife abwaschen und ein vollständiges Bad nehmen. Kleider und Effecten derselben sind nach § 10 oder § 11 zu behandeln.

§ 17. Etwa an Bord befindliche Leichen sind bis zu der möglichst bald vorzunehmenden Bestattung in Tücher einzuhüllen, welche mit Karbolsäurelösung getränkt sind und mit derselben feucht gehalten werden.

§ 18. Die Desinfection des Bilgeraumes mit seinem Inhalt geschieht durch Kalkbrühe (§ 8c 2) in folgender Weise:

1. In diejenigen Theile des Bilgeraumes, welche leicht durch Abheben der Garnirungen und der Flurplatten zugänglich gemacht werden können (Maschinen- und Kesselraum, leere Laderäume) ist Kalkbrühe an möglichst vielen Stellen direct eimerweise hineinzugiessen. Durch Umrühren mit Besen muss die Kalkbrühe kräftig mit dem Bilgewasser vermischt und überall auch an die Wände des Bilgeraumes angetüncht werden.

2. Ueberall da, wo der Bilgeraum nicht frei zugänglich ist, wird durch die auf allen Schiffen vorhandenen, von Deck hinunterführenden Pumpen (Nothpumpen) und Peilrohre so viel Kalkbrühe eingegossen, bis sie den Bilgeraum, ohne die Ladung zu berühren, anfüllt. Nach 12 Stunden kann die Bilge wieder gelenzt werden. Im Einzelnen wird folgendermaassen verfahren:

a) der Wasserstand in den Peilrohren wird gemessen.

b) 100—200 l Kalkbrühe — je nach der Grösse des Schiffes bezw. der einzelnen Abtheilungen — werden eingefüllt.

c) der Wasserstand in den Peilrohren wird wieder gemessen. Zeigt sich jetzt schon ein erhebliches Ansteigen des Wasserstandes, so ist anzunehmen, dass sich irgendwo die Verbindungslöcher der einzelnen Abschnitte des Bilgeraumes verstopft haben, so dass keine freie Circulation des Wassers stattfindet. In solchen Fällen muss wegen der Gefahr des Ueberlaufens der Kalkbrühe und der dadurch bedingten Beschädigung der Ladung das Einfüllen unterbrochen werden; die Desinfection des Bilgeraumes kann dann erst bei leerem Schiff stattfinden.

d) Steigt das Wasser nur langsam, so ist, während von Zeit zu Zeit der Wasserstand gemessen wird, so viel Kalkbrühe einzufüllen, als der Bilgeraum ohne Schaden für die Ladung aufnehmen kann. Hierbei müssen die Schiffszeichnungen und die Angaben des Schiffers berücksichtigt werden. Als Anhaltspunkt diene, dass bei Holzschiffen 40—60 l Kalkbrühe auf 1 m Schiffslänge erforderlich sind, bei eisernen Schiffen 60—120 l auf 1 m Schiffslänge; bei Schiffen mit Doppelboden, Brunnen und Rinnsteinen im Ganzen 20—80—100 cbm. Auf manchen Schiffen sind Rohrleitungen vorhanden, welche nicht wie die Pumpen und Peilrohre in die hintersten, tiefsten Theile des Schiffsbodens bezw. der einzelnen Abtheilungen, sondern in die vorderen, höher gelegenen Theile desselben führen. Diese sind dann vorzugsweise zu benutzen, weil dadurch die Vermischung des Desinfectionsmittels mit dem Bilgewasser erleichtert und besser gesichert wird. Auf Schiffen mit getrennten Abtheilungen muss jede Abtheilung für sich in der angegebenen Weise behandelt werden.

§ 19. Die Desinfection des Ballastwassers wird mit Kalkmilch (§ 8c 1) ausgeführt, welche in solchen Mengen zuzusetzen ist, dass das Ballastwasser 2 Thl. Kalk in 1000 Thl. Wasser enthält. Die zugesetzte Kalkmilch muss innigst mit dem Wasser vermischt, daher während einer Stunde umgerührt werden. Nach einstündiger derartiger Einwirkung der Kalkmilch kann das Ballastwasser ausgepumpt werden. Sind die Tanks im Doppelboden des Schiffes, so wird es sich in der Regel empfehlen, das Ballastwasser aus diesen Tanks nach und nach in den Maschinenbilgeraum überpumpen zu lassen und hier mit Kalkmilch zu mischen. Handelt es sich um stehende Tanks in den Laderäumen, so kann man unter Umständen die Kalkmilch direct in die Tanks hineinschütten und kräftig umrühren lassen. Zu diesen Maassnahmen ist in jedem Falle der technische Beirath des Schiffsmaschinisten einzuholen.

§ 20. Trinkwasser an Bord kann ebenfalls durch Versetzen mit Kalkmilch in der Menge, dass auf 1000 Theile Wasser 2 Theile Kalk kommen, bei einstündiger Einwirkung desselben desinficirt werden. Unter Umständen kann Trinkwasser auch durch Hitze desinficirt werden, indem man Dampf genügend lange in die Wassertanks einleitet (Klingelthermometer). Zur Unbrauchbarmachung des Wassers lassen sich auch Säuren, z. B. Essigsäure verwenden, was sich insbesondere bei hölzernen Wasserfässern empfiehlt. Das Wasser muss dann deutlich sauer reagiren.

### B. Pest.

### I. Allgemeines.

§ 21. Auf allen Schiffen aus einem Hafen, gegen dessen Herkünfte wegen der Pestgefahr die gesundheitspolizeiliche Controle angeordnet ist, sind das Gepäck der Reisenden und Mannschaft, die in einem solchen Hafen an Bord genommen worden sind, ferner das Trink- und Gebrauchswasser, das Bilgewasser und der aus solchem Hafen stammende Wasserballast, sowie alle Gegenstände, die nach Ansicht des beamteten Arztes als mit dem Ansteckungsstoff der Pest behaftet zu erachten sind, zu desinficiren.

§ 22. Sofern vor oder bei der Ankunft Pestfälle vorgekommen sind, müssen ausserdem alle Wohnräume und Gegenstände des täglichen Gebrauchs an Bord einschliessich der Kleider und des Gepäcks der Reisenden und der Mannschaft desinficirt werden.

§ 23. Die Aborte auf Schiffen sind meist so eingerichtet, dass die Ausleerungen unmittelbar ins Wasser gelangen. Auf verseuchten Schiffen sind diese Closets für die Dauer des Aufenthalts im Hafen zu schliessen und besondere Eimerclosets an Bord zu verwenden, deren Inhalt täglich desinficirt werden muss.

II. Desinfectionsmittel.

§ 24. Als Desinfectionsmittel sind zu verwenden:

a) Lösung von Carbolsäure.

Zur Verwendung kommt die sogenannte „100 procentige Carbolsäure“ des Handels, welche sich im Seifenwasser vollständig löst. Man bereitet sich die unter b beschriebene Lösung von Kaliseife. In 20 Theile dieser noch heissen Lösung wird ein Theil Carbolsäure unter fortwährendem Umrühren gegossen. Die Lösung ist lange Zeit haltbar. Soll reine Carbolsäure (einmal oder wiederholt destillirte) verwendet werden, welche erheblich theurer, aber nicht wirksamer ist, als die sogenannte „100proc. Carbolsäure“, so ist zur Lösung das Seifenwasser nicht nöthig; es genügt dann einfaches Wasser.

b—f entsprechen den Bestimmungen in b—d und f—g der Desinfectionsanweisung bei Pest, siehe SS. 1034, 1035.

III. Anwendung der Desinfectionsmittel im Einzelnen.

§§ 25—28 stimmen überein mit den Bestimmungen in II 1—5 der D. A. bei Pest siehe SS. 1035, 1036.

§ 29. Zur Desinfection von desinficirten Schiffsräumlichkeiten, insbesondere des Logis der Mannschaft, des Zwischendecks für Reisende nebst den in denselben befindlichen Lagerstellen, Geräthschaften und dergleichen ist eine der im § 4a bezeichneten Lösungen anzuwenden. Die Decken, die Wände und der Fussboden der bezeichneten Räumlichkeiten, sowie inficirte Lagerstellen, Geräthschaften und dergleichen sind zunächst mit Lappen, welche mit einer Lösung der genannten Art getränkt sind, gründlich abzuwaschen. Hierauf sind die Räumlichkeiten und Geräthschaften mit einer reichlichen Menge Wasser zu spülen und im Anschluss daran die Räumlichkeiten einer möglichst gründlichen Lüftung zu unterwerfen. Der Krankenraum, insbesondere die durch Ausleerungen verunreinigten Theile desselben, die von Kranken benutzten Geräthschaften und dergleichen sind bei dieser Desinfection ganz besonders zu berücksichtigen. Räumlichkeiten, in welchen durch die Desinfection mit Carbolsäure Beschädigungen verursacht oder durch den nach solcher Desinfection noch längere Zeit haftenden Carbolgeruch erhebliche Unannehmlichkeiten entstehen würden, dürfen, sofern Kranke darin nicht untergebracht waren, in folgender Weise desinficirt werden:

1. Die nicht mit Oelfarbe gestrichenen Wände und Fussböden werden mit der nach § 24 c 1 bereiteten Kalkmilch angetüncht; dieser Anstrich muss nach 3 Stunden wiederholt werden. Vor Ablauf von 3 Tagen darf der Anstrich nicht wieder abgescheuert werden.

2. Die mit Oelfarbe gestrichenen Flächen der Wände und Fussböden werden 2 bis 3 mal mit heisser Seifenlösung (§ 24) abgewaschen und später frisch gestrichen.

3. Wände und Fussböden, welche mit polirten Hölzern, Tapeten, Bildern oder Spiegeln bekleidet sind, werden mit frischem Brot in langen Zügen kräftig abgerieben. Die Brotkrumen und Brotreste sind zu verbrennen.

§ 30 Abs. 1—4 = II 8—9 d. D.-A. bei Pest, siehe S. 1036. Ueber Bord dürfen undesficirte Gegenstände nur in See geworfen werden.

§ 31. Die Aborte werden in folgender Weise desinficirt: Etwaiger Inhalt des Closets ist mit Carbolsäurelösung gründlich zu vermischen und darf erst nach 3 Stunden, während welcher Zeit der Abort nicht benutzt worden ist, abgelassen werden. — Das Aufnahmebecken, sowie das Abflussrohr werden demnächst mit einer der im § 24a bezeichneten Lösungen übergossen. Die Wände des Closettraums, Sitzbrett, Fussboden werden mit Carbolsäurelösung gründlich abgewaschen und nach 3 Stunden mit Wasser abgespült.

§§ 32—36 gleich §§ 16—20 der Desinfectionsanweisung bei Cholera und Gelbfieber, siehe SS. 1056, 1057.

e) Auszug aus der Betriebsordnung für den Kaiser Wilhelm-Kanal vom 28. August 1896. (Centralbl. f. d. Deutsche Reich, S. 599.)

## Abschnitt VIII.

### Allgemeine polizeiliche Vorschriften.

§ 64. Einer gesundheitspolizeilichen Controle unterliegt jedes den Canal befahrende Schiff, wenn es

a) im Abgangshafen oder während der Reise Fälle von Cholera, Pest oder (innerhalb der Zeit vom 15. Mai bis 15. September) von Gelbfieber an Bord gehabt hat, oder

b) aus einem Hafen kommt, gegen dessen Herkünfte die Ausübung jener Controle angeordnet ist, und zwar in nachfolgender Weise:

I. Schiffe welche

a) aus der Ostsee kommend nach einem Hafen ausserhalb der Elbe, oder

b) aus der Nordsee kommend nach einem Hafen ausserhalb der Kieler Föhrde bezw. in die Elbe bei Tage eine gelbe Flagge, bei Nacht eine überall hin leuchtende gelbe Laterne am Fockmast hissen, werden so bald wie möglich nach der Ankunft vor der Quarantäneanstalt Vossbrok bezw. Cuxhaven, wo sie beizudrehen event. zu ankern haben, durch einen beamteten Arzt besichtigt. (Auf Wunsch findet diese Besichtigung auch zur Nachtzeit statt). Je nach dem Ergebniss wird das Schiff, wenn es

1. als „verseucht“ befunden ist, d. h. wenn es Cholera etc. an Bord hat, oder wenn auf ihm innerhalb der letzten 7 Tage vor seiner Ankunft an der Quarantänestation Fälle von Cholera etc. vorgekommen sind, von der Einfahrt in den Canal vorerst ausgeschlossen bezw. nur unter den vom untersuchenden Arzt zu bestimmenden Bedingungen und Vorsichtsmassregeln zur Einfahrt in den Canal bezw. zur Durchfahrt zugelassen;

2. als „verdächtig“ befunden ist, d. h. wenn auf ihm Fälle von Cholera etc. vorgekommen sind, aber nicht innerhalb der letzten 7 Tage vor seiner Ankunft, nach Ausführung der ärztlicherseits als erforderlich bezeichneten gesundheitspolizeilichen Massnahmen in der Regel ohne Mitgabe einer Gesundheitswache und ohne Beschränkung seiner Verkehrsfreiheit, wie der seiner Insassen zur Fahrt in und durch den Canal zugelassen:

3. als „rein“ befunden ist, in der Regel sofort zum freien Verkehr und zur freien Fahrt in und durch den Canal zugelassen. Die Verhaltungsmasregeln für die Fahrt durch den Canal, die den Führern der zur Canalfahrt zugelassenen „verseuchten“ Schiffe, in Ausnahmefällen auch denen der „verdächtigen“ und „reinen“ Schiffe schriftlich ertheilt werden, sind genau zu beachten und ist den darauf gerichteten Anordnungen der Lootsen und etwa beigegebenen Begleiter (Gesundheitswache etc.) unweigerlich Folge zu leisten.

II. Schiffe, welche

a) aus der Ostsee kommend nach einem Hafen (Ausladeplatz) innerhalb des Canals oder an der Elbe, oder

b) aus der Nordsee kommend nach einem Hafen (Ausladeglatz) innerhalb des Canals oder der Kieler Föhrde fahren, unterliegen der gesundheitspolizeilichen Controle, entsprechend den bezüglichen Vorschriften für die einen deutschen Hafen anlaufenden Seeschiffe unmittelbar vor der Einfahrt in den Canal, und zwar die

zu a in der Quarantäneanstalt zu Voossbrook, nördlich von Holtenau, die zu b in der Quarantäneanstalt zu Cuxhaven[1]).

III. Schiffen, die aus einem Elbhafen oder einem Hafen innerhalb der Kieler Föhrde kommend den Canal befahren wollen, wird auf Grund einer Bescheinigung der Hafenbehörde des Abfahrtshafens dahin, dass bei der vor der Abfahrt vorgenommenen ärztlichen Controle der Gesundheitszustand auf dem Schiffe als unbedenklich befunden worden ist, die Fahrt durch den Canal ohne weitere Vorsichtsmassregeln gestattet; Schiffe, die eine solche Bescheinigung nicht beibringen, werden zurückgewiesen.

f) Allgemeine gesundheitspolizeiliche Hafen-Ueberwachung.

Die Pestfälle, welche im Jahre 1900 in Deutschen Häfen festgestellt wurden, veranlassten den Herrn Reichskanzler, bei den betheiligten Küstenstaaten, insbesondere bei der preussischen Regierung die Einrichtung einer Hafenüberwachung anzuregen, welche nicht nur Cholera, Gelbfieber und Pest und nicht nur die aus verseuchten Häfen kommenden Seeschiffe, sondern alle übertragbaren Krankheiten und alle Schiffe betreffen sollte. In Folge dessen wurden entsprechende Verordnungen erlassen.

In Preussen ist maassgebend der nachfolgende Ministerialerlass vom 10. October 1900 nebst Anlagen:

„Beifolgend übersende ich die hier aufgestellten Grundsätze, nach welchen die gesundheitspolizeiliche Ueberwachung der Seeschiffe in den preussischen Häfen fortan zu erfolgen hat, nebst 2 Anlagen zur Kenntnissnahme und unverzüglichen weiteren Veranlassung. Ich mache dabei besonders auf No. 8 der Grundsätze, betreffend die Gesundheitsaufseher, aufmerksam, welche für eine zweckmässige Durchführung der Ueberwachung unentbehrlich sind. Die zur Zeit mit der ärztlichen Ueberwachung der Häfen beauftragten Aerzte haben sofort geeignete Leute aus dem Personal der Hafenpolizei- oder Zollbeamten oder Lootsen auszubilden, damit, sobald die gedachten Aerzte in ihre frühere Thätigkeit zurückberufen werden, diese Gesundheitsaufseher unter Aufsicht des Kreisarztes oder eines hierzu geeigneten praktischen Arztes die Ueberwachung wenigstens der kleineren Häfen übernehmen können. Denselben kann nach erfolgter Ausbildung eine Remuneration gewährt werden, über deren Höhe ich binnen 14 Tagen einem Bericht entgegensehe. Ein Verzeichniss der Häfen, für welche die Anstellung von Gesundheitsaufsehern in Frage kommt, und die Zahl der zunächst nebenamtlich zu besetzenden Stellen geht aus der anliegenden Uebersicht hervor.

Grundsätze, nach welchen die gesundheitspolizeiliche Ueberwachung der Seeschiffe, soweit sie nicht schon nach den Bestimmungen der Polizei-Verordnung vom $\frac{\text{31. Juli 1893}}{\text{23. April 1900}}$ controlpflichtig sind, zu erfolgen hat.

1. Alle Seeschiffe, welche im Hafen ankommen und daselbst liegen, sind bis auf Weiteres einer erstmaligen Untersuchung und einer dauernden Ueberwachung hinsichtlich des Gesundheitszustandes der Mannschaft zu unterwerfen.

2. Die erste Untersuchung der Schiffsbesatzung ist sofort nach dem Eintreffen des Schiffes im Hafen vorzunehmen. Vor Beendigung dieser Untersuchung ist den Officieren und der Mannschaft untersagt, das Schiff zu verlassen. Der Verkehr der

1) Quarantäneanstalten bestehen sonst noch in Memel-Süderspitze, Neufahrwasser, Swinemünde, Bremerhaven und Emden.

Passagiere ist nicht zu beschränken, sofern diese nicht an einer pestverdächtigen Krankheit während der Fahrt gelitten haben oder noch leiden.

3. Folgende Punkte sind bei der erstmaligen Untersuchung zu berücksichtigen:

a) Zur Vorbereitung für die ärztliche Untersuchung ist der für die controlpflichtigen Schiffe vorgeschriebene Fragebogen (Anlage zur Polizeiverordnung vom 31. Juli 1895) auszufüllen und dem Schiffsführer durch den Seelootsen oder einen Beauftragten der Hafenbehörde zu diesem Zwecke zu übergeben. Derselbe hat ausserdem dem Schiffsführer Mittheilung von der angeordneten ärztlichen Ueberwachung zu machen. Der Nachrichtendienst ist so zu regeln, dass die Ankunft des Schiffes rechtzeitig bekannt wird.

b) Die Zahl der an Bord befindlichen Personen ist mit den Angaben der Musterrolle und des Schiffsjournals zu vergleichen.

c) Ferner sind Erkundigungen einzuziehen über Erkrankungen, Todesfälle und sonstige sanitätspolizeilich wichtige Vorkommnisse während der Fahrt und während des Aufenthaltes in den Abgangs- und angelaufenen Häfen.

d) Es ist eine ärztliche Untersuchung der Officiere und Mannschaften vorzunehmen unter besonderer Berücksichtigung der Möglichkeit einer Pesteinschleppung.

e) Desgleichen hat eine Besichtigung des Mannschaftslogis und der übrigen bewohnten Schiffsräumlichkeiten, des Lazareths, der Abortanlagen, die Prüfung des an Bord befindlichen Trinkwassers und Feststellung seiner Herkunft zu erfolgen.

f) Es ist festzustellen, ob ein auffälliges Sterben unter den Schiffsratten vorgekommen ist.

4. Die Besichtigungen sind, so lange das Schiff im Hafen liegt, von Zeit zu Zeit je nach dem Ermessen des Hafenarztes zu wiederholen.

5. Den Schiffskapitänen oder deren Stellvertretern ist die Verpflichtung aufzuerlegen, unverzüglich von jeder an Bord ihres Schiffes während des Aufenthaltes im Hafen sich ereignenden inneren Erkrankung der Hafenpolizeibehörde Anzeige zu erstatten.

6. Werden Fälle von verdächtigen Erkrankungen gefunden, so ist nach der Verordnung vom $\frac{\text{31. Juli 1895}}{\text{23. April 1900}}$ zu verfahren.

7. Die obligatorische Vernichtung der an Bord befindlichen Ratten ist anzustreben. Nach den Erfahrungen in Hamburg sind zu diesem Zwecke pro 1000 ccm Rauminhalt 10 kg Schwefel und 20 kg Kohlen in getrennten Behältern zu verbrennen, nachdem das Schiff entladen ist.

8. Für Ausbildung von Gesundheitsaufsehern, welche unter Aufsicht des Hafenarztes die Schiffsbesichtigungen auszuführen haben, ist Sorge zu tragen. Für die Ausbildung und den Dienst der Gesundheitsaufseher hat die in der Anlage beigefügte „Anleitung für die Gesundheitsaufseher zur Untersuchung der ankommenden Schiffe“ und die „Instruction für die im hafenärztlichen Dienst beschäftigten Gesundheitsaufseher“ zu dienen.“

Instruction für die im hafenärztlichen Dienst beschäftigten Gesundheitsaufseher.

„§ 1. Die Gesundheitsaufseher werden von der Hafenpolizeibehörde angestellt und auf ihre Instruction verpflichtet. Sie haben den dienstlichen Weisungen des Hafenarztes und seiner eventuellen Stellvertreter Folge zu leisten.

§ 2. Die Gesundheitsaufseher müssen eine genaue Kenntniss der allgemeinen und besonderen Vorschriften über die gesundheitspolizeiliche Ueberwachung der Schiffe, sowie der gesetzlichen Bestimmungen über Unterkunft und Verpflegung des Schiffspersonals und über die Fürsorge für Kranke besitzen. Ferner müssen sie mit

den Vorschriften und dem Betriebe des Krankentransportwesens, der Schiffsdesinfectionen und den Bestimmungen über die Mitwirkung der Hafenpolizei zur Erlangung ärztlicher Hülfe im Hafen und zur Herbeirufung des Hafenarztes vertraut sein.

§ 3. Das Auftreten der Gesundheitsaufseher soll höflich, aber bestimmt sein. Sie sollen überall, namentlich auch auf den fremden Schiffen, durch Belehrung darauf hinwirken, dass die gesundheitlichen Vorschriften an Bord bekannt und befolgt werden. Sie sind nicht berechtigt, selbstständig Anordnungen zu treffen, haben vielmehr über alle Vorkommnisse von sanitätspolizeilichem Interesse dem Hafenarzt zu berichten. Sie sind zur Verschwiegenheit über alle Vorkommnisse im Dienst verpflichtet.

§ 4. Die einzelnen Dienstgänge und Geschäfte sind gründlich, aber ohne überflüssigen Zeitaufwand zu erledigen. Namentlich sollen sich die Gesundheitsaufseher nicht länger als unbedingt nöthig an Bord der Schiffe aufhalten.

§ 5. Unter keinen Umständen dürfen die Gesundheitsaufseher für dienstliche Verrichtungen, auch nicht für irgend welche Hülfeleistungen bei Kranken, Verletzten und dergleichen Geld oder sonstige Vergütungen fordern oder annehmen. Ebensowenig dürfen Getränke an Bord angenommen werden.

§ 6. Im Dienst müssen die Gesundheitsaufseher stets eine Legitimation bei sich führen, welche ihnen von der Hafenpolizeibehörde ausgestellt wird.

§ 7. Die Regelung des Dienstes erfolgt durch das Hafenamt. Die Gesundheitsaufseher haben sich Morgens vor Beginn des Dienstes dort einzufinden um den Tagesbericht über die in den Hafen eingekommenen Schiffe einzusehen und zu erfahren, welche Schiffe sie im Laufe des Tages zu besuchen und welche anderweiten Dienstgeschäfte sie zu übernehmen haben.

§ 8. Die Revision eines Schiffes wird in folgender Weise vorgenommen:

I. Beim Anbordkommen hat sich der Gesundheitsaufseher dem Capitain oder seinem Stellvertreter vorzustellen und um Auskunft über folgende Verhältnisse zu ersuchen:

a) Namen des Schiffes, Name des Capitains. Flagge, Art (ob Dampfer oder Segelschiff), Herkunft des Schiffes, Tag der Ankunft im Hafen, Reiseroute und Reisedauer, Sollbestand der an Bord eingeschifften Personen (hierzu ist event. die Einsicht in die Musterrolle oder das Schiffsjournal zu verlangen),

b) Erkrankungen, Todesfälle und sonstige, sanitätspolizeilich wichtige Vorkommnisse während der Reise, im Abgangshafen und in den angelaufenen Häfen (event. Einsicht in das Schiffsjournal), bei der Ankunft des Schiffes vorhandene Kranke,

c) Herkunft des Trinkwassers und event. des Ballastwassers, Herkunft des Proviants, bei deutschen Schiffen Herkunft der Ausrüstung mit Hülfsmitteln zur Krankenpflege, Zeit der letzten Erneuerung dieser Vorräthe, Bescheinigung über die letzte jährliche Nachprüfung.

II. Hierauf folgt die Besichtigung und Befragung der an Bord anwesenden, eingeschifften Personen nach ihrem augenblicklichen Gesundheitszustand und demjenigen während der Reise. Die Untersuchung der Kranken ist nur bei der männlichen Schiffsbesatzung zulässig und darf sich auch bei diesen nur auf die Feststellung von äusseren Schäden, Hautausschlägen und die Messung der Körpertemperatur erstrecken. Nach dem Ausfall der Besichtigung und Untersuchung ist der Capitain zu benachrichtigen, dass die Kranken, welche an ansteckenden Krankheiten, sowie an Fieber, Brechdurchfall, Ausschlag und Scorbut leiden, das Schiff erst nach Besichtigung durch den Hafenarzt und nur mit dessen Erlaubniss verlassen dürfen. Auch betreffs der anderen Kranken ist dem Capitain mitzutheilen, dass dem Hafenarzt Bericht erstattet werde, und dass der Hafenarzt

event. noch selbst zur Untersuchung und weiteren Veranlassung an Bord kommen werde. Aerztliche Anordnungen zu treffen, ist den Gesundheitsaufsehern verboten. Dagegen ist er befugt, beim Verdacht von Pest, Cholera oder Gelbfieber dem Schiffsführer bis zum Eintreffen des Hafenarztes die freie Communikation mit dem Lande zu untersagen.

III. Es folgt die Besichtigung der bewohnten Schiffsräumlichkeiten, insbesondere des Mannschaftslogis und des Lazareths. Besichtigung und Prüfung der Trinkwasservorräthe. Besichtigung der Closets. Bei Beschwerden über schlechten Proviant ist auch der letztere zu besichtigen, und sind event. gleich Proben davon zu entnehmen.

IV. Schliesslich hat der Gesundheitsaufseher dem Capitain oder seinem Stellvertreter ein Exemplar der Polizeiverordnungen, betreffend die gesundheitspolizeiliche Ueberwachung der Schiffe im Hafen zu überreichen, soweit solche erlassen sind, und ihm auch mündlich den Inhalt dieser Vorschriften unter Hinweis auf die Strafbestimmungen zu verdeutlichen.

§ 9. Die eingehenden Schiffe sind mit thunlichster Beschleunigung abzufertigen. Die Besichtigung eines Schiffes darf nur in dringenden Fällen unterbrochen werden (z. B. zur Abstattung dringlich erscheinender Meldungen im Hafenamt oder zur Herbeirufung des Hafenarztes).

§ 10. Ausser den eben ankommenden sollen auch die bereits im Hafen liegenden Schiffe, nach näherer Anweisung des Hafenarztes, behufs Nachrevision durch die Gesundheitsaufseher besucht werden.

§ 11. Täglich zu einer vom Hafenamt zu bestimmenden Stunde haben die Gesundheitsaufseher dem Hafenarzt mündlichen oder schriftlichen Bericht zu erstatten.

§ 12. Die Gesundheitsaufseher haben möglichst in der Nähe des Hafens ihre Wohnung zu nehmen.

g) Sonstige Bestimmungen.

Die Vorschriften, welche zur Verhütung der Weiterverbreitnng ansteckender Krankheiten und zur Behandlung ansteckender Kranker sonst noch in Deutschland massgebend sind, beruhen auf dem Landesrecht, da das Reich nur die Bekämpfung der sogenannten gemeingefährlichen Krankheiten, Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest und Pocken geregelt hat.

Jedoch sind die in dem Reichsgesetze vom 30. Juni 1900 (siehe S. 1027) enthaltenen Vorschriften über die Anzeigepflicht, die Ermittelung der Krankheit, die Schutzmassregeln und die sonstigen allgemeinen Bestimmungen den in jüngster Zeit erlassenen landesgesetzlichen Bestimmungen über die Verhütung der Verbreitung sonstiger ansteckender Krankheiten zu Grunde gelegt worden.

Die landesgesetzlichen Bestimmungen beruhen zumeist auf den allgemeinen Polizeigesetzen. So bestimmt Artikel 72 des Bayerischen Polizeistrafgesetzbuches: „Approbirte Aerzte, Wundärzte, Bader, Hebammen und Thierärzte, welche die ihnen nach Verordnung obliegende Anzeige von dem Ausbruch einer ansteckenden Krankheit unter Menschen oder Thieren nicht sofort der Polizeibehörde erstatten, werden an Geld bis zu neunzig Mark bestraft.“ Die dazu gehörige Königl. Verordnung vom 22. Juli 1891 bestimmt: „Aerzte, Wundärzte und Bader (als Gehülfen der Aerzte und bei Ausübung der ersten Hülfe in Erkrankungs- und sonstigen Nothfällen) haben von jedem bei Ausübung ihres Berufes zu ihrer Kenntniss gelangenden Auftreten nachstehender Krankheiten Anzeige zu erstatten: Blattern, Cerebrospinalmeningitis, Cholera, Dysenterie, Puerperalfieber, Typhus, Milzbrand, Rotzkrankheit, Trichinose, Wuth. Bei allen übrigen ansteckenden und epidemischen Krankheiten, wie insbesondere bei Diphtherie, Scharlach, Masern,

Keuchhusten, egyptischer Augenentzündung, Influenza sind die Medicinalpersonen ebenfalls zur Anzeige verpflichtet, wenn eine derartige Krankheit in grösserer Verbreitung oder in besonderer Heftigkeit auftritt."

Die Verordnung des fürstlich Schaumburg-Lippeschen Ministeriums vom 19. December 1900 schreibt Folgendes vor:

Auf Grund des § 5 des Gesetzes über die Polizeiverwaltung vom 22. Mai 1882 erlassen wir die nachfolgende Polizeiverordnung:

§ 1. Jede Erkrankung und jeder Todesfall an

a) Aussatz (Lepra), Cholera (asiatischer), Fleckfieber (Flecktyphus), Gelbfieber, Pest (orientalischer Beulenpest), Pocken (Blattern);

b) Rückfallfieber, Unterleibstyphus, epidemischem Kopfgenickkrampf, Ruhr, Diphtherie, Scharlach, Wochenbettfieber, wie auch entzündlicher Erkrankung des Unterleibes im Wochenbett, Rotz, Milzbrand, Wuthkrankheit, sowie

c) von Bissverletzungen durch tollwuthkranke Thiere und von Trichinose, ist ungesäumt, spätestens aber innerhalb 24 Stunden der für den Aufenthaltsort des Erkrankten oder den Sterbeort zuständigen Orts-Polizeibehörde (Polizeidirector, Landrathsämter, Magistrat Stadthagen) anzuzeigen.

Dieselbe Anzeige ist in solchen Erkrankungsfällen erforderlich, welche den Verdacht von Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest, Pocken oder epidemischem Kopfgenickkrampf zu erwecken geeignet sind; nicht minder bei dem Verdachte von Unterleibstyphus, sofern solcher Verdacht durch die Erscheinungen eines heftigen und anhaltenden gastrischen Fiebers unterstützt wird.

§ 2. Jeder einzelne Fall bedarf einer besonderen Anzeige. Die Anzeige über den Verdacht einer der genannten Krankheiten (§ 1 Absatz 2) befreit nicht von der abermaligen Anzeige nach Eeststellung der betreffenden Krankheit. Wechselt der Erkrankte den Aufenthaltsort, so ist dies unverzüglich bei der Polizeibehörde des bisherigen und des neuen Aufenthaltsorts zur Anzeige zu bringen.

§ 3. In der Anzeige (§ 1) sind Vor- und Zuname, Alter, Stand und die Wohnung des Erkrankten, sowie der Tag seines Eintritts in die ärztliche Behandlung anzugeben. Bei Cholera, Pocken, Flecktyphus, Rückfallfieber, epidemischen Kopfgenickkrampf, Aussatz, Ruhr, Diphtherie und Scharlach ist der Anzeige ausserdem eine Angabe darüber beizufügen, ob in dem Hausstande, dem der Kranke angehört, von der Krankheit noch nicht ergriffene Schulkinder vorhanden sind.

§ 4. Zur Anzeige sind verpflichtet:

1. der zugezogene Arzt,
2. der Haushaltungsvorstand,
3. jede sonst mit der Behandlung oder Pflege des Erkrankten beschäftigte Person,
4. Derjenige, in dessen Wohnung oder Behausung der Erkrankungs- oder Todesfall sich ereignet hat,
5. der Leichenschauer.

Die Verpflichtung der unter No. 2 bis 5 genannten Personen tritt nur dann ein, wenn ein früher genannter Verpflichteter nicht vorhanden ist. Für Krankheits- und Todesfälle, welche sich in öffentlichen Kranken-, Entbindungs-, Pflege-, Gefangenen- und ähnlichen Anstalten ereignen, ist der Vorsteher der Anstalt oder die von der zuständigen Stelle damit beauftragte Person ausschliesslich zur Erstattung der Anzeige verpflichtet.

§ 5. Die Anzeige kann mündlich oder schriftlich erstattet werden. Die Polizeibehörden haben auf Verlangen Meldekarten für schriftliche Anzeigen unentgeltlich zu verabfolgen.

§ 6. Sobald der behandelnde Arzt Wochenbettfieber oder eine entzündliche Erkran-

kung des Unterleibes im Wochenbett erkennt, hat er davon die etwa bei der Entbindung zugezogene oder bei der Pflege der Wöchnerin beschäftigte Hebamme zu verständigen.

§ 7. Handelt es sich um den Ausbruch oder den Verdacht des Auftretens einer der im § 1a genannten Krankheiten (gemeingefährliche Krankheiten), so richten sich die zu ergreifenden Schutzmassregeln nach den Bestimmungen des Reichsgesetzes vom 30. Juni 1900, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten (Reichs-Gesetz-Bl., S. 306 ff.).

§ 8. Ob und welche Schutzmassregeln zur Verhütung der Weiterverbreitung einer der im § 1b genannten Krankheiten zu ergreifen sind, hat die Polizeibehörde nach Anhörung des beamteten Arztes nach Besonderheit des einzelnen Falles anzuordnen. Soweit besondere Schutzmassregeln nicht für erforderlich gehalten werden, sind die in den nachstehenden §§ 9—11 gegebenen Vorschriften zu beachten.

§ 9. Die Haushaltungs- und Anstaltsvorstände, Gast-, Herbergs-, Quartier- und Hauswirthe haben dafür Sorge zu tragen, dass die in ihrem Hausstande pp. an einer der im § 1a und b genannten Krankheiten Erkrankten, soweit möglich, von anderen Personen abgesondert werden, dass während des Bestehens der Krankheit, sowie alsbald nach deren Beendigung eine gründliche Reinigung und Desinfection nach Massgabe der allgemeinen oder in den einzelnen Krankheitsfällen besonders gegebenen Vorschriften durchgeführt werde und die in Bezug auf die Einsargung, Aufbewahrung und Beerdigung von Leichen der an ansteckenden Krankheiten verstorbenen Personen vorgesehenen allgemeinen Bestimmungen oder in Ermangelung solcher die für den einzelnen Fall angeordneten Vorschriften genau beobachtet werden.

§ 10. Personen, die an einer im § 1a und b genannten Krankheiten leiden, dürfen ohne besondere polizeiliche Erlaubniss sich weder aus einer Wohnung (Logis, Schlafstelle, Obdach u. s. w.) in eine andere, noch aus einer Ortschaft in die andere begeben oder fortgeschafft werden, soweit es sich nicht um ihre unmittelbare Ueberführung in die zunächst gelegene Krankenanstalt handelt.

§ 11. Wenn Fuhrwerke oder sonstige Beförderungsmittel zur Fortschaffung von Personen benutzt worden sind, die an einer im § 1a und b genannten Krankheit erkrankt sind, so müssen sie nach dem Gebrauche sofort gründlich gereinigt und desinficirt werden.

§ 12. Erkrankt eine in einem Schulhause wohnhafte oder eine zum Hausstande eines ausserhalb des Schulhauses wohnenden Lehrers gehörige Person, oder ein schulpflichtiges Kind, an einer ansteckenden Krankheit, so finden ausserdem die Vorschriften der Polizeiverordnung, betreffend die Schliessung der Schulen bei ansteckenden Krankheiten, vom 27. Juni 1900 in der dazu gegebenen Anweisung zur Verhütung und Verbreitnng ansteckender Krankheiten durch die Schulen von dem gleichen Tage Anwendung.

§ 13. Wer den Bestimmungen dieser Verordnung zuwiderhandelt, oder es unterlässt, den ihm durch dieselbe oder durch die bezüglichen Anordnungen der Ortspolizeibehörde auferlegten Verpflichtungen nachzukommen, verfällt, soweit nicht nach den allgemeinen gesetzlichen Bestimmungen eine höhere Strafe verwirkt ist, in eine Geldstrafe bis zu sechszig Mark oder verhältnissmässige Haft.

§ 14. Diese Polizeiverordnung tritt am 1. Januar 1901 in Kraft und an die Stelle der mit diesem Zeitpunkt aufgehobenen Polizeiverordnung vom 11. October 1887, betreflend die Verhütung und Verbreitung ansteckender Krankheiten (L.-V. Bd. 16 S. 3). Die anderweitig erlassenen Vorschriftrn über die Berufspflichten der Hebammen werden durch die gegenwärtige Polizeiverordnung nicht berührt."

Wo ein landesgesetzliches Vorgehen nicht empfehlenswerth erscheint, tritt das ortspolizeiliche Vorgehen auf Grund der allgemeinen Polizeigesetze ein. So ist in der Stadt Trier am 8. Juni 1900 nachstehende bemerkenswerthe Polizeiverordnung über die Anzeigepflicht bei Lungen- und Kehlkopftuberkulose erlassen:

„§ 1. Jeder in Gasthöfen, Logirhäusern, Herbergen, Schlafstellen, Pensionaten und Internaten, in Waisen-, Armen- und Siechenhäusern, sowie in Krankenanstalten vorkommende Erkrankungsfall von Lungen- oder Kehlkopftuberkulose (Schwindsucht) ist von dem behandelnden Arzte bezw. von dem Haushaltungs- oder Anstaltsvorstande binnen 24 Stunden nach Feststellung der Krankheit der Ortspolizeibehörde anzuzeigen.

§ 2. In jedem Fall, in welchem ein an vorgeschrittener Lungen- oder Kehlkopftuberkulose (Schwindsucht) Erkrankter in Rücksicht auf seine Wohnungsverhältnisse seine Umgebung hochgradig gefährdet, bezw. aus seiner Wohnung verzieht oder in seiner Wohnung stirbt, ist der behandelnde Arzt bezw. Haushaltungsvorstand verpflichtet, der Ortspolizeibehörde innerhalb 24 Stunden nach Eintritt des Falles Anzeige zu erstatten.

§ 3. Wer den Bestimmungen dieser Verordnung zuwiderhandelt, wird mit Geldstrafe bis zu 30 Mark oder verhältnissmässiger Haft bestraft. § 4. Diese Polizeiverordnung tritt mit dem Tage ihrer Verkündigung in Kraft."

Ebenso bemerkenswerth ist die an demselben Tage und in derselben Stadt erlassene Polizeiverordnung über die Desinfection beim Auftreten ansteckender Krankheiten:

„§ 1. Die Haushaltungs- und Anstaltsvorstände, Haus-, Gast-, Herbergs- und Quartierwirthe und deren Stellvertreter, sowie die behandelnden Aerzte haben dafür Sorge zu tragen, dass bei dem Auftreten ansteckender Krankheiten, welche gemäss des Regulativs vom 8. August 1835 (G.-S., S. 240) oder gemäss besonderer Verordnungen anzeigepflichtig sind, sowohl während des Bestehens der Krankheit, sowie alsbald nach deren Ablauf eine sorgfältige Desinfection der Ausscheidungen der Kranken, der von ihnen benutzten Sachen, Räume und der in diesen befindlichen Gegenstände, der Genesenen bezw. Verstorbenen, der Pfleger oder anderer mit den Kranken in Verkehr gekommener Personen nach Massgabe der in den „Desinfections- und Verwaltungsvorschriften bei ansteckenden Krankheiten" vom 30. Mai d. J. enthaltenen Anweisungen erfolge.

§ 2.

a) Die in § 1 genannten Verpflichtungen haben dafür Sorge zu tragen, dass bei Krankheits- und Sterbefällen

A. von

1. Cholera,
2. Pocken,
3. Pest,
4. Fleck- und Rückfalltyphus,
5. bösartigem Scharlach,
6. Diphtherie,
7. Lepra (Aussatz),
8. Kopfgenickkrampf,

B. von

9. Unterleibstyphus,
10. bösartiger Ruhr,
11. bösartigen Masern,
12. Milzbrand,
13. Rotz und Wurm.

14. Wuthkrankheit, die in § 7b der Desinfections- und Verwaltungsvorschriften bezeichnete Schluss- oder Wohnungs-Desinfection durch die Desinfectoren der städtischen Desinfectionsanstalt ausgeführt werde.

b) Bei den unter B. Ziffer 9—14 genannten Krankheiten kann auf besondere Anordnung der Ortspolizeibehörde von einer Schluss- oder Wohnungsdesinfection durch die städtischen Desinfectoren abgesehen werden, wenn durch ein der Ortspolizeibehörde (Armen-Deputation) vorzulegendes ärztliches Zeugniss der Nachweis erbracht wird, dass während des Krankheitsverlaufes und unmittelbar nach Beendigung der Krankheit durch Genesung oder Tod, bezw. nach Entfernung des Kranken aus seiner Wohnung, die in den §§ 7 und ff. an a. O. (der gen. Desinfections- und Verhaltungsvorschriften) vorgeschriebenen Desinfectionsmassregeln sorgfältig durchgeführt wurden, und falls der Königliche Kreisarzt nicht die amtliche Vornahme der Desinfection (z. B. in Gasthöfen, Logirhäusern, Herbergen, Schlafstellen, Pensionaten und Internaten; Waisen-, Siechen- und Armenhäusern oder bei wiederholten Erkrankungen in demselben Haushalt, Hause oder dergl.) für nothwendig erachtet.

c) Die Vorstände von Krankenanstalten können, wenn sie im Besitze eines nach dem Gutachten des Kreisarztes zweckdienlichen Desinfectionsapparates sind, bei Krankheits- und Sterbefällen der in Absatz a unter A und B genannten Krankheiten von der Verpflichtung der Ausführung der amtlichen Schlussdesinfection durch die städtischen Desinfectoren mittelst ortspolizeilicher Anordnung entbunden werden.

§ 3. Die Herbeiführung der vorstehend in § 2 unter a und b dieser Verordnung vorgeschriebenen Desinfectionen oder ortspolizeilichen Anordnungen ist seitens der daselbst genannten Pflichtigen innerhalb 24 Stunden nach ärztlich festgestellter Genesung oder nachdem der Kranke oder Verstorbene aus dem Krankenzimmer oder der Wohnung entfernt worden ist, bei der Ortspolizeibehörde (städtischen Armendeputation) zu beantragen.

§ 4. Bei Krankheits- oder Sterbefällen an Lungen- oder Kehlkopftuberkulose (Schwindsucht), soweit solche nach den §§ 1 und 2 der Polizeiverordnung über die Anzeigepflicht bei Lungen- und Kehlkopftuberkulose (Schwindsucht) vom heutigen Tage d. J. für Aerzte, Haushaltungs- und Anstaltsvorstände anzeigepflichtig sind, kann den Verpflichteten die Vornahme der Desinfection des Krankenzimmers nach § 17 No. 17 der genannten Desinfections- und Verwaltungs-Vorschriften durch die Ortspolizeibehörde auferlegt werdon. In allen den Fällen, in denen der Königliche Kreisarzt die amtliche Desinfection für nothwendig erachtet, ist diese auf besondere ortspolizeiliche Anordnung lediglich durch die städtischen Desinfectoren zu bewirken. Die Frist, innerhalb welcher die Desinfection in jedem Falle auszuführen ist, wird von der Ortspolizeibehörde festgesetzt.

§ 5. Mit Geldstrafe bis zu 30 Mark oder verhältnissmässiger Haft wird bestraft, wer den in §§ 1 bis 4 enthaltenen Vorschriften zuwiderhandelt, wer die Ausführung der in §§ 2 bis 4 angeordneten Desinfectionen hindert oder unmöglich macht, sofern nicht durch die Zuwiderhandlungen die im § 327 des Str.-G.-B. vorgesehene höhere Strafe Anwendung findet. Ausserdem kann die Ausführung der angeordneten Desinfectionen auf Kosten der nach § 2 und 4 Verpflichteten durch die Ortspolizeibehörde (Armendeputation) bewirkt werden."

Die Erwägung, dass die Belehrung der Bevölkerung über das Wesen und die Art der Verbreitung ansteckender Krankheiten ein wichtiger Factor der Seuchenbekämpfung ist, hat entsprechende Erlasse und Verfügungen veranlasst, so zum Beispiel die nachstehende Bekanntmachung des Regierungspräsidenten in Gumbinnen vom 16. Februar 1899, betr. Verhaltungs- und Verhütungsmassregeln bei der ansteckenden Augenentzündung, Granulose:

„Seit einer Reihe von Jahren herrscht im hiesigen Bezirke, namentlich unter der ländlichen Bevölkerung die sogenannte contagiöse, d. h. ansteckende Augenkrankheit. Diese Krankheit kann ein oder beide Augen befallen, findet sich sowohl vereinzelt hie und da bei einer Person, als auch gruppenweise bei mehreren Mitgliedern einer Familie, eines Hauses oder Gehöftes, in Schulen, Erziehungsanstalten oder beim Militär. Das Leiden tritt entweder schleichend auf und kann jahrelang bestehen, ohne Schmerzen oder sonstige erhebliche Beschwerden zu verursachen. Die Kranken klagen in diesen Fällen Anfangs nur über Spannung und Schwere in den Augenlidern, die Augen thränen bei der Arbeit und sind nach dem Schlafe meist verklebt. Erst später nach Monaten oder Jahren stellen sich erhebliche Störungen beim Sehen ein, die allmählich zur vollständigen Erblindung führen können. In einer anderen Reihe von Fällen tritt das Leiden gleich im Beginn heftig auf. Unter Schmerzen schwellen die Augenlider an, werden roth und empfindlich, aus der Augenlidspalte quillt eitrige und blutig wässerige Flüssigkeit hervor. In sehr heftigen Fällen kann schon in wenigen Tagen Erblindung eintreten, in anderen weniger heftigen Fällen dieser Art können die Erscheinungen sich wieder zurückbilden oder sind überhaupt in etwas milderem Grade vorhanden und das Leiden verläuft später wieder mehr schleichend unter dem Bilde der geschilderten ersten Gruppe. Anfangs sind nur die Lider ergriffen und die im gesunden Auge weiss erscheinenden Theile des Augapfels, später auch die durchsichtigen Theile des letzteren. Die Rückfläche der Lider zeigt fast in allen Fällen eine rauhe Beschaffenheit.

Das wichtigste Merkmal der Krankheit ist die Uebertragbarkeit derselben von einer Person auf die andere, daher der Name „contagiöse oder ansteckende Augenkrankheit". Diese Uebertragung geschieht häufig dadurch, dass gesunde Personen mit den von der Krankheit Behafteten in enger Berührung leben, in einem Zimmer oder gar in einem Bette mit einander schlafen, dasselbe Wasser, Geschirr oder Handtuch zum Reinigen des Gesichts und der Hände brauchen oder auf andere Weise Absonderung des erkrankten Auges auf ihr gesundes Auge übertragen. Am leichtesten und daher am häufigsten werden solche Augen von der Krankheit ergriffen, die sich bereits in einem entzündlichen oder gereizten Zustande befinden. Diese Erfahrung ist sehr wichtig, gerade für den hiesigen Bezirk, in welchem eine grosse Zahl dieser leichten uud wenig Beschwerden verursachenden Augenkrankheiten namentlich unter der ländlichen Bevöltkerung beständig vorkommt. Der Aufenthalt in engen, überfüllten und schlecht gelüfteten Räumen, unsaubere Körperhaltung, Arbeiten in staubiger Luft (Pferdeputzen, Dreschen, Pflügen, Eggen u. s. w.) erzeugen sehr leicht diese Reizzustände des Auges, welche oft jahrelang bestehen und immer den ergiebigsten Boden für die Entwickelung des ansteckenden Augenkrankheiten darbieten.

Zur Vorbeugung oder Bekämpfung der letzteren ist es daher nothwendig:

1. durch Reinlichkeit des Körpers, fleissiges Waschen, namentlich nach Arbeiten in staubiger Luft, durch fleissiges Lüften und Reinhalten der Wohn- und Schlafstuben, das Auge vor Reiz und Erkrankung überhaupt zu schützen,

2. jede enge Berührung mit einer an ansteckender Augenkrankheit leidenden Person zu vermeiden, namentlich:

a) nicht mit ihr in einer Stube oder gar in einem Bette zu übernachten,

b) nicht dasselbe Waschwasser, Geschirr oder Handtuch zu gebrauchen,

c) oder auf andere Weise Absonderung aus dem erkrankten Auge auf ein anderes gesundes Auge zu übertragen.

Sehr wichtig ist:

3. dass jeder Fall von ansteckender Augenkrankheit so schnell als möglich ärztlich behandelt wird. Es wird hierdurch in vielen Fällen nicht blos der Erblindung vor-

gebeugt, sondern auch weiterer Uebertragung der Krankheit. Es ergeht daher Aufforderung zur Beachtung dieser Massregel und vor Allem zur rechtzeitigen Anzeige aller Fälle von verdächtigen Augenkrankheiten. Sind in einer Familie, in einem Hause, auf einem Gehöfte, in einer Schule oder Erziehungsanstalt mehrere Personen unter den oben geschilderten Zeichen an den Augen erkrankt, so lässt sich mit ziemlicher Sicherheit annehmen, dass es sich um die ansteckende (contagiöse) Augenkrankheit handelt und ist in diesen Fällen die Anzeige dieser Erkrankungen an die Ortspolizeibehörde, den Amtsvorsteher, den Landrath eine im öffentlichen Wohle gebotene dringende Pflicht."

Ueber die Vorschriften zur Verhütung ansteckender Krankheiten durch die Schulen, siehe S. 901.

Ueber die Vorschriften für die Desinfection bei ansteckenden Krankheiten, siehe SS. 1034—1037, 1043, 1053—1057, 1068.

Ueber den Transport ansteckender Kranker, siehe S. 1071 ff.

Ueber die Verhütung der Lungentuberkulose unter den Gefangenen, siehe S. 892.

## Anhang.

### Ueberwachung der Prostitution.

(Besondere Behandlung der Geschlechtskranken.)

Die Ueberwachung der Prostitution dient zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und stützt sich auf folgende Paragraphen des Str.-G.-B.s:

„§ 361. Mit Haft wird bestraft: 1. wer, nachdem er unter Polizeiaufsicht gestellt worden ist, den in Folge derselben ihm auferlegten Beschränkungen zuwiderhandelt; 6. eine Weibsperson, welche wegen gewerbsmässiger Unzucht einer polizeilichen Aufsicht unterstellt ist, wenn sie den in dieser Hinsicht zur Sicherung der Gesundheit, der öffentlichen Ordnung und des öffentlichen Anstandes erlassenen polizeilichen Vorschriften zuwiderhandelt, oder welche, ohne einer solchen Aufsicht unterstellt zu sein, gewerbsmässig Unzucht treibt;

§ 362. Die nach Vorschrift des § 361 No. 3 bis 8 Verurtheilten können zu Arbeiten, welche ihren Fähigkeiten und Verhältnissen angemessen sind, innerhalb und, sofern sie von anderen freien Arbeitern getrennt gehalten werden, auch ausserhalb der Strafanstalt angehalten werden. Bei der Verurtheilung zur Haft kann zugleich erkannt werden, dass die verurtheilte Person nach verbüsster Strafe der Landespolizeibehörde zu überweisen sei. Die Landespolizeibehörde erhält dadurch die Befugniss, die verurtheilte Person entweder bis zu 2 Jahren in ein Arbeitshaus unterzubringen oder zu gemeinnützigen Arbeiten zu verwenden. Im Falle des § 361 No. 4 ist dieses jedoch nur dann zulässig, wenn der Verurtheilte in den letzten 3 Jahren wegen dieser Uebertretung mehrmals rechtskräftig verurtheilt worden ist, oder wenn derselbe unter Drohungen oder mit Waffen gebettelt hat. Ist gegen einen Ausländer auf Ueberweisung an die Landespolizeibehörde erkannt, so kann an Stelle der Unterbringung in ein Arbeitshaus Verweisung aus dem Bundesgebiete eintreten."

Die Maassregeln gegen die Gefahren der gewerbsmässigen Unzucht sind kurz in der preussischen Dienstanweisung für die Kreisärzte vom 23. März 1901 wie folgt zusammengefasst:

„§ 90. Zur Verhütung der Verbreitung ansteckender Geschlechtskrankheiten bilden strenge Controle der gewerbsmässigen Unzucht, regelmässige Untersuchung der unter sittenpolizeilicher Aufsicht stehenden Weibspersonen und sofortige Unterbringung der krank Befundenen in eine Krankenanstalt wichtige und wirksame

Massregeln, auf deren Beachtung der Kreisarzt immer wieder von Neuem hinzuweisen hat. Bei der Durchführung der sittenpolizeilichen Ueberwachung der Dirnen hat er die Polizeibehörden nach Kräften zu unterstützen. Der Untersuchung durch den Sittenarzt hat er auf Erfordern und unaufgefordert wenigstens einmal im Jahre beizuwohnen; er hat sich bei dieser Gelegenheit von der vorschriftsmässigen Ausführung der ärztlichen Untersuchung, der ordnungsmässigen Beschaffenheit der Instrumente u. s. w. zu überzeugen (vergl. Min.-Erl. vom 13. Mai 1898)."

Der angeführte Min.-Erl. vom 13. Mai 1898 lautet:

„Die auf unsern Erlass vom 23. März d. J. (M. d. g. A. M. 10685, M. d. J. II. 3723, Kr.-M. 1001/3 97 M. A.) erstatteten Berichte lassen erkennen, dass einzelne Vorschriften des Erlasses von mehreren Berichterstattern nicht zutreffend aufgefasst worden sind.

Zur Richtigstellung bemerken wir Folgendes:

1. Die Ueberwachung der Prostitution hat sich auf die durch unsern Erlass vom 20. Juli 1894 — M. d. g. A. M. 6710, M. d. J. II. 8228, Kriegs-M. 570/7 M. A. — bezeichneten Ortschaften zu beschränken.

2. Als „Amtsraum" ist jedes lediglich für den Zweck der Untersuchung in einem polizeilichen Dienstgebäude, einem Kranken-, Seuchen- oder Armenhause bereit gestellte und zweckentsprechend ausgerüstete Zimmer zu erachten, welches hell, geräumig, sauber und in dem Gebäude so gelegen ist, dass der Zutritt der Prostituirten die eigentlichen Hausinsassen nicht stört oder gar belästigt.

3. Die mit der Untersuchung der Prostituirten betrauten approbirten Aerzte (G.-O. § 29) sollen für diesen Zweck von den zuständigen Behörden bestellt sein; es soll nicht jeder beliebige Arzt nach der Wahl der Dirnen die Untersuchung vornehmen können.

4. Die in einzelnen Berichten gestellten Anträge auf Vermehrung der Controlbeamten etc. werden durch Sonderverfügung erledigt werden.

Unter möglichster Berücksichtigung der gestellten Abänderungsanträge bestimmen wir zur Bekämpfung der venerischen Krankheiten und zur Beschränkung der Prostitution was folgt:

1. Die Ueberwachung der Prostituirten muss an allen Orten, soweit dies noch nicht geschieht, durch geschickte und tactvolle Polizeibeamte in genügender Zahl ausgeführt werden. Wo die vorhandenen Kräfte nicht ausreichen, ist für deren Vermehrung Sorge zu tragen; Privatpersonen dürfen bei der Ueberwachung niemals mitwirken.

2. Die ärztliche Untersuchung der Dirnen darf nur von besonders zu diesem Zwecke bestellten approbirten Aerzten (Sittenärzten) in Amtsräumen (niemals in der Wohnung der Dirne) nach Anweisung beifolgender Vorschriften vorgenommen werden und muss wöchentlich 2mal stattfinden. Ganz ausnahmsweise darf, sofern die besonderen Verhältnisse dies rechtfertigen, Prostituirten gestattet werden, sich in der Wohnung des Sittenarztes untersuchen zu lassen. Während der Untersuchung muss eine geeignete weibliche Person zur Reinigung der benutzten Geräthe anwesend sein. Bei Tripperverdacht empfiehlt sich die Untersuchung auf Gonokokken mittelst des Mikroskops.

3. Die sittenpolizeiliche Ueberwachung der Dirnen ist auf die in dem auf unseren Erlass vom 20. Juli 1894 erstatteten Berichte näher bezeichneten Vororte von grossen Städten auszudehnen.

4. Rückfragen über das Vorleben neu anziehender verdächtiger weiblicher Personen sind allgemein, aber mit grosser Vorsicht zur Schonung des guten Rufes unrechtmässiger Weise Verdächtiger zu halten. Die Polizeibehörden des Ab-

zugsortes sind verpflichtet, bei dem Verzuge einer unter sittenpolizeilicher Ueberwachung oder im Verdacht heimlicher Prostitution stehenden Frauensperson der Polizeibehörde des Zuzugsortes unaufgefordert die für die sitten- und gesundheitspolizeiliche Ueberwachung nöthigen Mittheilungen zu machen.

5. Jede venerisch erkrankte weibliche Person, von welcher die weitere Verbreitung des Uebels durch aussereheliehen Geschlechtsverkehr zu befürchten steht, muss sofort in einem Krankenhause untergebracht werden. (§§ 69 mit 16 des Regulativs vom 8. August 1835 — G. S., S. 240 —). Ferner ist darauf hinzuwirken, dass auch andere venerisch Erkrankte beiderlei Geschlechts in einem Krankenhause Aufnahme finden. Alle solche in einem Krankenhause aufgenommenen Kranken müssen dort human behandelt werden.

6. Die Civilärzte sind in bestimmten Zwischenräumen auf die Bestimmung des § 65 Abs. 1 und 3 und des § 69 des Regulativs vom 8. August 1835 (G. S., S. 240), betreffend die Behandlung syphilitisch kranker Soldaten, sowie auf die dazu ergangenen Ministerial-Erlasse hinzuweisen. Unter syphilitischen Erkrankungen sind nicht nur die constitutionelle Syphilis, sondern auch Tripper und weicher Schanker nebst Folgezuständen zu verstehen. Die Militärärzte haben in jedem Falle von venerischer Erkrankung eines Soldaten zu versuchen, die Ansteckungsquelle zu ermitteln und dieselbe der vorgesetzten militärischen Dienststelle anzuzeigen, welche der Ortspolizeibehörde davon unverzüglich Kenntniss giebt.

7. Eine Beschränkung der heimlichen Prostitution ist neben Ueberwachung derselben dadurch anzustreben, dass da, wo die örtlichen Verhältnisse es angezeigt erscheinen lassen, eine thunliche Beschränkung der Wirthschaften mit weiblicher Bedienung bei Ertheilung der Concession und bei Festsetzung der Polizeistunde durchgeführt wird.“

Vorschriften zur Untersuchung der Prostituirten.

„Nacheinander werden mindestens untersucht:

1. Gesicht, Mund- und Rachenhöhle (Spatel zum Herunterdrücken der Zunge), Lippen, Nackendrüsen, Brust, Arme (Roseola), Achseldrüsen, Cubitaldrüsen.

2. Auf dem Untersuchungsstuhl: After (Condylome, Geschwüre), Bauch- und Schenkelhaut, Leistendrüsen, grosse und kleine Schamlippen, besonders hintere Commissur und Harnröhrenmündung: Harnröhre und Ausführungsgänge der Bartholinischen Drüsen mittelst kunstgerechten Fingerdruckes.

3. Mit dem Mutterspiegel: Scheide, Muttermund und Halstheil der Gebärmutter. Bei starker Schleimabsonderung Ausspülung der Scheide mittelst Wassereinspritzung oder Reinigung mittelst Wattebausch. Die gebrauchten Instrumente, welche nur aus Glas, Porzellan oder Metall hergestellt sein dürfen, sind nach jedesmaligem Gebrauch durch eine Wärterin in warmem Wasser mittelst grüner Seife und Bürste oder in warmer 2proc. Sodalösung oder in 1proc. wässeriger Holzinlösung zu reinigen.

4. Den Prostituirten sind gedruckte Verhaltungsmaassregeln zur Verhütung der Ansteckung und über Reinhaltung des Körpers zu geben. Diese Vorschriften sind sämmtlich ohne Säumen durchzuführen.“

## D. Krankentransport.

### 1. Krankentransport auf der Eisenbahn.

Die Eisenbahnverkehrsordnung vom 6. Oktober 1899 (der deutsche Eisenbahn-, Personen- und Gepäcktarif Theil I: Verkehrsordnung nebst allgemeinen Zusatzbestimmungen) bestimmt in dem § 10 Abschnitt B:

Personen-, Kranken- und Gepäckwagen:

1. Die Einstellung von Salon-, Schlaf- oder sonstigen Personenwagen, sowie von Gepäck- und Krankenwagen, ohne Rücksicht darauf, ob dieselben Eigenthum der Reisenden oder der Bahnverwaltung sind, kann mit Genehmigung derjenigen Verwaltung, von deren Station der Wagen eingestellt wird, gestattet werden.

2. Für die Benutzung der eingestellten Salon-, Schlaf- oder Personenwagen sind ohne Rücksicht auf die Achsenzahl Fahrkarten I. Klasse der betreffenden Zuggattung für diejenigen Personen, welche den Wagen benutzen, mindestens jedoch für 12 Personen für jeden eingestellten Wagen, zu lösen (siehe jedoch Ziffer 6). Hierbei werden auch Rückfahr- und Rundreisekarten sowie sonstige Fahrkarten zugelassen, welche zur Benutzung der I. Klasse berechtigen. Bei Einstellung von bahneigenen Schlafwagen ist daneben eine Gebühr für die Benutzung der Schlafplätze nicht zu erheben. Soweit auf einzelnen Strecken Fahrkarten für die erste Wagenklasse nicht ausgegeben werden, treten an Stelle je eine Fahrkarte I. Klasse zwei Fahrkarten III. Klasse.

3. (1) Werden auf den ausdrücklichen Wunsch des Bestellers besonders bezeichnete Wagen gestellt, so sind die Beförderungskosten derselben auf Strecken, welche diese Wagen in keiner Richtung besetzt durchfahren, für die Hin- und bezw. Rückfahrt mit 7 Pfennig für die Achse und das Tarifkilometer zu erstatten. Werden die Wagen auf einem anderen Wege als auf dem Hinwege nach der Heimathstation zurückgeführt, so dürfen dem Besteller gleichwohl keine höheren Kosten für den Leerlauf berechnet werden, als wenn der Wagen auf dem ursprünglichen Hinwege zurückgeführt würde. Im Uebrigen bleibt vorbehalten, mit dem Besteller die weiteren Bedingungen zu vereinbaren, unter welchen die gewünschten Wagen überlassen werden. (2) Der bezeichnete Vergütungssatz wird ohne Rücksicht darauf erhoben, ob der Wagen einer Eisenbahnverwaltung oder dem Besteller gehört, und wird in dem letzteren Falle auch dann, und zwar für die Hin- und Rückfahrt, angerechnet, wenn etwa der Wagen auf besonderes Verlangen vor oder nach der Verwendung behufs Instandsetzung nach einer Werkstätte gesandt werden muss.

4. (1) Freigewicht wird nach den Bestimmungen über Abfertigung des Reisegepäcks berechnet. (2) Werden auf Verlangen zur Beförderung des Gepäcks besondere Wagen eingestellt, so ist für diese ein Fahrgeld von 0,40 Mark für die Achse und das Tarifkilometer zu entrichten.

5. Für die Benutzung besonders eingerichteter Krankenwagen gelten die vorstehenden Bestimmungen für Salon- und Personenwagen.

6. (1) Bei Einstellung von Gepäck- oder Güterwagen sowie von Personenwagen IV. und III. Klasse (insofern aus letzteren die Sitze herausgenommen worden sind) für die Beförderung von Kranken sind vier Fahrkarten I. Klasse der betreffenden Zuggattung zu lösen. Hierbei werden auch Rückfahr- und Rundreisekarten sowie sonstige Fahrkarten zugelassen, welche zur Benutzung der I. Klasse berechtigen. Soweit auf einzelnen Strecken Fahrkarten für die I. Wagenklasse nicht ausgegeben werden, treten an Stelle je eine Fahrkarte I. Klasse zwei Fahrkarten III. Klasse. (2) Zwei Begleiter werden in dem Krankenwagen frei befördert; weitere in demselben Wagen mitreisende Begleiter haben je eine Fahrkarte III. Klasse der betreffenden Zuggattung zu lösen. (3) Alle zur Bequemlichkeit und Nothdurft des Erkrankten während der Reise nöthigen Gegenstände, welche jedoch immer von den Reisenden selbst beigestellt werden müssen, können in dem Wagen ohne weitere Gebührenentrichtung Platz finden. Für das sonstige Reisegepäck ist die Gepäckfracht nach den Zusatzbestimmungen zu §§ 30 und 32 zu entrichten.

7. Wenn Salon-, Schlaf- oder Personenwagen, Kranken- oder Gepäckwagen über

eine Verbindungsbahn befördert werden sollen, welche der Zug, in den dieselben eingestellt sind, nicht befährt, so kommen neben den vorstehenden tarifmässigen Gebühren noch die für die zu befahrende Verbindungsbahn zu entrichtenden, aus der anhängenden Zusammenstellung ersichtlichen Ueberfuhrgebühren zur Erhebung.

8. In jedem der nach Massgabe der Ziffer 1 gestellten Wagen wird ein Begleiter (Wagenmeister) auf Grund eines von der vorgesetzten Dienststelle (Stationsvorstand oder eine diesem übergeordnete Dienststelle) der den Wagen einstellenden Verwaltung auszufertigenden Ausweises auf den Benutzungs- und Leerfahrten des Wagens frei befördert. Der Ausweis berechtigt auch zur freien Fahrt mit einem anderen Zuge als mit dem, in welchem der Wagen leer zurückläuft."

Ferner wird in dem § 20 derselben Verkehrsordnung bestimmt:

„Ausschluss Kranker von der Fahrt.

Personen, welche wegen einer sichtlichen Krankheit oder aus anderen Gründen die Mitreisenden voraussichtlich belästigen würden, sind von der Mitfahrt auszuschliessen, wenn nicht für sie eine besondere Abtheilung bezahlt wird und bereitgestellt werden kann. Wird die Mitfahrt nicht gestattet, so ist das etwa bezahlte Fahrgeld einschliesslich der Gepäckfracht zurückzugeben. Wird erst unterwegs wahrgenommen, dass ein Reisender zu den vorbezeichneten Personen gehört, so erfolgt der Ausschluss auf der nächsten Station. Das Fahrgeld sowie die Gepäckfracht sind für die nicht durchfahrene Strecke zu ersetzen.

Personen, die an Pocken, Flecktyphus, Diphtherie, Scharlach, Cholera oder Lepra leiden, sind in besonderen Wagen, solche, die an Ruhr, Masern oder Keuchhusten leiden, in abgeschlossenon Wagenabtheilungen mit getrenntem Abort zu befördern.

Die Beförderung von Pestkranken ist ausgeschlossen. Bei Personen, die einer der vorgenannten Krankheiten verdächtig sind, kann die Beförderung von der Beibringung eines ärztlichen Attestes abhängig gemacht werden, aus dem die Art ihrer Krankheit hervorgeht. Für die Beförderung in besonderen Wagen und Wagenabtheilungen sind die tarifmässigen Gebühren zu bezahlen. Wer die vorgeschriebene Ordnung nicht beobachtet, sich den Anordnungen der Bediensteten nicht fügt oder den Anstand verletzt, wird ohne Anspruch auf den Ersatz des bezahlten Fahrgeldes von der Mitfahrt ausgeschlossen. Namentlich dürfen trunkene Personen zur Mitfahrt und zum Aufenthalt in den Warteräumen nicht zugelassen werden und sind, falls die Zulassung dennoch stattgefunden hat, auszuweisen. Erfolgt die Ausweisung unterwegs oder werden die betreffenden Personen zurückgewiesen, nachdem sie ihr Gepäck bereits zur Abfertigung übergeben haben, so haben sie keinen Anspruch darauf, dass ihnen dasselbe anderswo, als auf der Station, wohin es abgefertigt worden, wieder verabfolgt wird."

Ueber die Maassnahmen bei dem Transport Kranker in dem Eisenbahnverkehr zu Pestzeiten, siehe S. 1037.

## 2. Fahrpreisermässigung für Kranke, Blinde, Taubstumme etc. auf der Eisenbahn.

Eisenbahnverkehrsordnung vom 26. Oktober 1899 § 11 Abschnitt V C.:

Für mittellose Kranke, Blinde, Taubstumme und Waisen.

„1. Die Fahrt in III. Classe aller Züge zum Militärfahrpreis (Urlaub) wird gestattet:

a) mittellosen Personen zum Zwecke der Aufnahme in öffentliche Kliniken

und öffentliche Krankenhäuser sowie zum Zwecke des Besuchs von Kurorten, an denen ihnen der Gebrauch der Bäder oder der sonstigen Kureinrichtungen unentgeltlich oder zu ermässigtem Preise gestattet ist;

b) kranken Kindern unbemittelter Personen zum Zwecke der Aufnahme in die für solche Kinder eingerichteten besonderen Heilstätten;

c) unbemittelten Zöglingen der öffentlichen Blinden- und Taubstummenanstalten sowie unbemittelten Pfleglingen der öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten für epileptische Kranke und für blöde Kinder zum Zwecke ihrer Verbringung in eine der genannten Anstalten sowohl als bei der Entlassung aus der Anstalt und für Urlaubsreisen zum Besuch ihrer Angehörigen;

d) unbemittelten Taubstummen für den Besuch kleinerer Zusammenkünfte an den Taubstummenanstalten sowie Taubstummen, welche zum Zwecke ihrer kirchlichen Versorgung die Anstalten zu besuchen wünschen;

e) unbemittelten Zöglingen der unter Aufsicht des Staates stehenden Waisenanstalten für Urlaubsreisen zum Besuch ihrer Angehörigen.

2. Zwei Kinder bis zum vollendeten zehnten Lebensjahre finden hierbei Beförderung auf eine Fahrkarte, während ein einzelnes Kind unter 10 Jahren den vollen Militärfahrpreis (Urlaub) zu zahlen hat.

3. Die Ermässigung wird sowohl für die Hin- als für die Rückfahrt gewährt.

4. Die gleiche Ermässigung wird für je einen Begleiter der unter 1a) bis d) aufgeführten Personen eingeräumt, und zwar auch zur Rückreise nach Ablieferung der Schützlinge am Bestimmungsorte sowie zur Hinreise behufs Wiederabholung der Schützlinge.

5. Als Ausweis wird verlangt:

a) von den unter 1a) und b) aufgeführten Personen eine Bescheinigung der Ortspolizeibehörde (bei Reisen in die Kinder-Heilstätten auch des die Kinder aussendenden Vereins) über die Mittellosigkeit sowie eine Aufnahmebescheinigung der Anstalt; handelt es sich um die Aufnahme in ein Krankenhaus, so kann in dringenden Fällen an Stelle der letzteren auch eine Bescheinigung des behandelnden Arztes treten. Die Bescheinigungen der Kuranstalten (Ziffer 1a) haben sich auch darauf zu erstrecken, dass der Gebrauch der Bäder oder der anderen Kureinrichtungen unentgeltlich oder zu ermässigtem Preise bewilligt wurde. Ausserdem hat in den zu 1a) bezeichneten Fällen die Bescheinigung der Ortspolizeibehörde die Bestätigung zu enthalten, dass die Fürsorge anderer Verpflichteter, insbesondere nach Massgabe der Reichsgesetze über die Kranken- und Unfall-Versicherung, nicht eintritt.

b) von den unter 1c), d) und e) aufgeführten Personen eine Empfehlung des Vorstandes der Anstalt. Die gleichen Ausweise dienen für die Begleiter.

6. Die Ausweise werden von dem Schalterbeamten abgestempelt und den betreffenden Personen zurückgegeben, welche sie dem Fahrpersonal auf Verlangen vorzuzeigen haben.

7. Freigepäck wird nur insoweit gewährt, als solches von den Verwaltungen in ihrem Binnenverkehr allgemein zugestanden ist".

Fahrpreisermässigung für erholungsbedürftige Krankenkassenmitglieder.

Eine weitere Fahrpreisermässigung hat die preussische Eisenbahnverwaltung denjenigen Krankenkassenmitgliedern gewährt, welche Erholungsstätten besuchen wollen. Diese Erholungsbedürftigen erhalten gegen Vorzeigung ihrer von den Erholungsstätten ausgegebenen Erkennungskarten Arbeiterfahrkarten, die mit einem besonderen Stempel versehen werden.

Ueber die Fahrpreisermässigung für das Pflegepersonal siehe S. 946.

### 3. Landesgesetzliche Bestimmungen über den Transport und das Reisen von Kranken.

Das preussische Regulativ vom 8. August 1835 bestimmt in § 15:

„An Personen, welche an ansteckenden Krankheiten leiden, dürfen keine Reisepässe ertheilt werden. Kommen dergleichen Personen an einem Orte an, so sind die Ortsobrigkeiten und Polizeibehörden verpflichtet, sie nicht weiter reisen zu lassen, sondern anzuhalten und so lange unter Aufsicht zu stellen, bis der mit der medicinalpolizeilichen Aufsicht beauftragte Sachverständige sie selbst und ihre Sachen für nicht mehr ansteckend erklärt hat. Sind diese Personen nicht im Stande, sich selbst die nöthige ärztliche Hülfe zu verschaffen, so hat die Polizeibehörde dafür Sorge zu tragen, dass ihnen dieselbe durch eine dazu verpflichtete Medicinalperson zu Theil werde, in welcher Hinsicht die Bestimmungen der Cabinetsordre vom 14. April 1832, den Umfang der amtlichen Verpflichtungen der Kreisphysiker betreffend, zu beachten sind. Militär- und andere auf dem Marsch begriffene Personen, welche an ansteckenden Krankheiten leiden, sind, sobald eine andere Möglichkeit ihrer Unterbringung vorhanden ist, nicht bei den Einwohnern unterzubringen. Ebensowenig dürfen gesunde Militär- oder andere Persouen in Häusern einquartirt werden oder bleiben, in denen ansteckende Kranke sich befinden. Ersatzmannschaften, welche einem Truppentheil zugesendet werden, sind vor ihrer Absendung und Einstellung in Bezug auf ansteckende Krankheiten zu untersuchen, und Individuen, bei welchen sich dergleichen vorfinden, ausser Gemeinschaft mit den anderen zu setzen. Sollten sie auf dem Marsche Gegenden passirt haben, wo gefährliche ansteckende Krankheiten, wie Cholera, Typhus, Ruhr grassiren, so sind dergleichen Mannschaften jedenfalls, sammt ihren Effecten, einer gründlichen Reinigung zu unterwerfen. Mit ansteckenden Krankheiten behaftete Ausländer, welche bei ihrem Eintritt ins Land noch nicht über fünf Meilen von der Grenze entfernt sind, sollen, wenn es ohne Nachtheil für ihre Gesundheit geschehen kann, unter Beobachtung der gehörigen Vorsichtsmaassregeln über die Grenze zurückgebracht werden, es sei denn, dass an dem Orte selbst die zu ihrer Aufnahme erforderlichen Anstalten vorhanden sind“.

Der preussische Ministerial-Erlass, betreffend Maassnahmen gegen die Weiterverbreitung der Cholera, vom 8. August 1893, bestimmt in Ziffer 9 der allgemeinen Maassnahmen seitens der Behörden:

„9. Für den Transport der Kranken (Cholerakranken) sind dem öffentlichen Verkehr dienende Fuhrwerke (Droschken und dergl.) nicht zu benutzen. Hat eine solche Benutzung trotzdem stattgefunden, so ist das Gefährt zu desinficiren“.

In den grössten Städten Deutschlands sind Polizeiverordnungen erlassen, welche die Benutzung öffentlicher Fuhrwerke durch ansteckende Kranke verbieten, und Einrichtungen getroffen, welche den Transport von solchen Kranken in besonderen Krankenwagen ermöglichen. So bestimmt zum Beispiel die Hamburgische Verordnung, betreffend die Beförderung von Personen, welche mit einer ansteckenden Krankheit behaftet sind, vom 7. Mai 1891, folgendes:

„§ 1. Zur Beförderung von Personen, welche an den in § 2 bezeichneten ansteckenden Krankheiten leiden, werden an den, von der Polizeibehörde öffentlich bekannt zu machenden Orten Krankenwagen aufgestellt. Die Benutzung des öffentlichen Fuhrwerks (Droschken, Pferdebahn, Omnibus) zur Beförderung solcher Personen ist verboten. Für die Benutzung der Krankenwagen sind die Bespannungs- und Bedienungskosten der Polizeibehörde zu vergüten. Die letztere ist jedoch befugt, den Umständen nach diese Kosten ganz oder theilweise zu erlassen.

§ 2. Zu den ansteckenden Krankheiten im Sinne des § 1 gehören: Pest, Cholera, Fleckfieber (Typhus exanthematicus), Blattern, Scharlach und Diphtherie. Der Senat

ist jedoch befugt, in gegebener Veranlassung das im § 1 enthaltene Verbot vorübergehend auch auf andere als die vorstehend aufgeführten Infectionskrankheiten (wie Masern, Keuchhusten, Unterleibstyphus) auszudehnen. Die bei den aussergewöhnlichen Infectionskrankheiten: Pest, Cholera, Flecktyphus (Typhus exanthematicus) im Falle einer Epidemie etwa erforderlich werdenden ausserordentlichen Massnahmen sollen durch die Vorschriften dieser Verordnung nicht beschränkt werden.

§ 3. Aerzte, welche die Beförderung von Kranken anordnen, haben hierüber eine schriftliche Bescheinigung zu ertheilen, die einen Vermerk darüber enthalten muss, ob es sich um einen ansteckenden Kranken handelt, für welchen die Benutzung öffentlichen Fuhrwerks ausgeschlossen ist oder nicht. Die Scheine für ansteckende Kranke sind durch ein bestimmtes Merkmal leicht kenntlich zu machen.

§ 4. Oeffentliches Fuhrwerk, welches den vorstehenden Bestimmungen zuwider zur Beförderung von ansteckenden Kranken gedient hat, ist einer gründlichen Desinfection zu unterwerfen. Für den durch diese Massregel entstehenden Schaden wird aus der Staatskasse nur dann Ersatz geleistet, wenn dem Führer (Schaffner) des Fuhrwerks bei der Aufnahme des Kranken kein Verschulden trifft. Ein Verschulden gilt schon als erwiesen, wenn der betreffende Wagenführer (Schaffner), obwohl ihm bekannt war, dass es sich um eine Krankenbeförderung handelte, es unterlassen hat, die Vorzeigung der im § 3 gedachten ärztlichen Bescheinigung zu verlangen. Die Höhe des zu leistenden Ersatzes bestimmt die Polizeibehörde vorbehaltlich der Beschreitung des Rechtsweges durch die Geschädigten.

§ 5. Zuwiderhandlungen gegen das in den §§ 1 und 2 enthaltene Verbot, sowie gegen etwaige, auf Grund des § 2 erlassene, die Ausdehnung des Verbotes betreffende Anordnungen des Senats werden, wenn sie vorsätzlich begangen sind, mit Gefängnissstrafe bis zu 3 Monaten oder mit Geldstrafe bis zu 1000 Mark, wenn sie fahrlässig begangen sind, mit Geldstrafe bis zu 150 Mark und im Unvermögensfalle mit Haft geahndet. Die Verantwortung trifft sowohl denjenigen, welcher den Kranken auf den Transport giebt, bezw. den Kranken selbst, als auch den Führer (Schaffner) des betreffenden öffentlichen Fuhrwerks. Uebertretungen des § 3 werden mit Geldstrafe bis zu 150 Mark bestraft.

§ 6. Wer wegen Zuwiderhandlung gegen das Beförderungsverbot rechtskräftig zu einer Strafe verurtheilt ist, kann im Verwaltungswege von der Polizeibehörde zum Ersatz der gemäss § 4 aus der Staatskasse etwa zu zahlenden Entschädigung angehalten werden."

Ueber den Transport ansteckender Kranken sind ferner bemerkenswerth die Bestimmungen des Niederländischen Gesetzes vom 4. December 1872 in der Fassung der Nachtragsgesetze vom 3. December 1874 und vom 21. Juli 1899, welches sich auf Cholera, Typhus, Pocken, Scharlach, Diphtherie, Dysenterie und Pest bezieht:

„Artikel 8. Es ist verboten, Personen, die an einer ansteckenden Krankheit leiden, zu transportiren oder transportiren zu lassen, ausgenommen in den in diesem Gesetze angewiesenen Fällen, sich, an einer solchen Krankheit leidend, nach einem anderen Platze zu begeben; Gegenstände, die in Berührung waren mit oder abstammen von Personen, die an einer ansteckenden Krankheit leiden oder daran gestorben sind, zu befördern oder befördern zu lassen, zum Geschenk oder zum Gebrauch zu geben oder geben zu lassen, zu nehmen oder nehmen zu lassen, es sei denn nach Desinfection laut Artikel 25. Es ist verboten, durch Unvorsichtigkeit oder Fahrlässigkeit vorhersehbare Gefahr von Ansteckung für andere entstehen zu lassen.

Artikel 9. Die Beförderung von Personen, die an einer ansteckenden Krankheit

leiden, nach einem Krankenhause oder nach ihrer Wohnung ist erlaubt nach den hierfür durch Platzverordnung zu gebenden Vorschriften. In besonderen Fällen kann die Beförderung von Personen, die an einer ansteckenden Krankheit leiden, durch den Bürgermeister erlaubt werden unter Beobachtung der durch ihn zu gebenden Vorschriften. Die Beförderung mit Benutzung öffentlicher Beförderungsmittel ist verboten. Fuhr- und Fahrzeuge, mit welchen die Beförderung stattgefunden hat, müssen unmittelbar danach durch Sorge und auf Kosten des Eigenthümers desinficirt werden. Wenn die Beförderung nach einer anderen Gemeinde stattfindet, giebt der Bürgermeister der Abzugsgemeinde unmittelbar an den Bürgermeister der Bestimmungsgemeinde Kenntniss von der ertheilten Erlaubniss und von den hierfür gegebenen Vorschriften.

Artikel 10. Unbeschadet der gesetzlichen Verordnungen betreffend die Quarantäne, sind Schiffer von Fahrzeugen, in denen sich eine Person befindet, die an einer der in Folge Art. 1 dieses Gesetzes als ansteckend bezeichneten Krankheit leidet oder worin jemand in den letzten 14 Tagen an einer dieser Krankheiten gelitten hat oder daran gestorben ist, gehalten, vor der Einfahrt in eine Gemeinde, wo sie sich aufhalten oder anlegen wollen, hiervon an den Bürgermeister Kenntniss zu geben. Sie sind verpflichtet mit ihrem Fahrzeug den durch diesen anzuweisenden Liegeplatz einzunehmen oder dort ohne Verbindung mit dem festen Lande zu verbleiben, bis Desinfection stattgefunden hat."

---

# Nachtrag.

## Gesetz zum Schutze des Genfer Neutralitätszeichens

(nach dem Beschluss des Reichstags vom 11. März 1902).

„§ 1. Das in der Genfer Convention zum Neutralitätszeichen erklärte Rothe Kreuz auf weissem Grunde, sowie die Worte „Rothes Kreuz" dürfen, unbeschadet der Verwendung für Zwecke des ausländischen Sanitätsdienstes, zu geschäftlichen Zwecken sowie zur Bezeichnung von Vereinen oder Gesellschaften oder zur Kennzeichnung ihrer Thätigkeit nur auf Grund einer Erlaubniss gebraucht werden.

Die Erlaubniss wird von den Landescentralbehörden nach den vom Bundesrathe festzustellenden Grundsätzen für das Gebiet des Reichs ertheilt. Die Erlaubniss darf Vereinen oder Gesellschaften, welche sich im Deutschen Reiche der Krankenpflege widmen und für den Kriegsfall zur Unterstützung des militärischen Sanitätsdienstes zugelassen sind, nicht versagt werden.

Die von dem Bundesrathe festgestellten Grundsätze sind dem Reichstage alsbald zur Kenntnissnahme mitzutheilen.

§ 2. Wer den Vorschriften dieses Gesetzes zuwider das Rothe Kreuz gebraucht, wird mit Geldstrafe bis zu einhundertfünfzig Mark oder mit Haft bestraft.

§ 3. Die Anwendung der Vorschriften dieses Gesetzes wird durch Abweichungen nicht ausgeschlossen, mit denen das im § 1 erwähnte Zeichen wiedergegeben wird, sofern ungeachtet dieser Abweichungen die Gefahr einer Verwechslung vorliegt.

§ 4. Das Gesetz tritt am 1. Juli 1903 in Kraft.

§ 5. Die Vorschriften dieses Gesetzes finden keine Anwendung auf den Vertrieb der bei der Verkündung des Gesetzes mit dem Rothen Kreuze bezeichneten Waaren, sofern die Waaren oder deren Verpackung oder Umhüllung nach näherer Bestimmung des Reichskanzlers mit einem amtlichen Stempelabdrucke versehen werden.

§ 6. Bis zum 1. Juli 1906 darf das Rothe Kreuz fortgeführt werden:
1. in Waarenzeichen, die auf Grund einer vor dem 1. Juli 1901 erfolgten Anmeldung in die Zeichenrolle eingetragen worden sind;
2. in Firmen, die auf Grund einer vor dem 1. Juli 1901 erfolgten Anmeldung in das Handels- oder Genossenschaftsregister eingetragen worden sind;
3. in Namen rechtsfähiger Vereine, sofern die Vereine nach ihren Satzungen bereits vor dem 1. Juli 1901 das Rothe Kreuz in ihren Namen geführt haben.

Aenderungen, die sich in Folge dieses Gesetzes an den unter No. 2, 3 bezeichneten Firmen und Vereinsnamen erforderlich machen, werden gebührenfrei in das Handelsregister und das Vereinsregister eingetragen, sofern sie vor dem 1. Juli 1906 zur Eintragung angemeldet werden.

§ 7. Waarenzeichen, welche das Rothe Kreuz enthalten, sind von der Verkündung des Gesetzes ab von der Eintragung in die Zeichenrolle ausgeschlossen, sofern nicht die Anmeldung vor dem 1. Juli 1901 erfolgt ist."

---

## Berichtigung.

An Stelle der Worte: § 4 des preussischen Gesetzes etc. — bis — nicht geändert ist, auf den Zeilen 34—36 von oben auf Seite 983 ist zu lesen: § 8 No. 2 des preussischen Gerichtskostengesetzes vom 25. Juni 1895 (G.-S., S. 203).

---

